Die Münchener Medicin. Wochenschrift erscheint wöchentlich in Nummern von mindestens 2 Bogen. Preis vierteljährig 5 ℳ, praenumerando zahlbar. Einzelne Nummer 60 ₰.

Zusendungen sind zu adressiren: Für die Redaction Karlstrasse 8. — Für Abonnement an J. F. Lehmann, Landwehrstr. 12. — Für Inserate und Beilagen an Rudolf Mosse, Promenadeplatz 16.

MÜNCHENER MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

(FRÜHER ÄRZTLICHES INTELLIGENZ-BLATT)

ORGAN FÜR AMTLICHE UND PRAKTISCHE ÄRZTE.

Herausgegeben von

Dr. Bollinger, München. Dr. Heineke, Erlangen. Dr. G. Merkel, Nürnberg. Dr. Michel, Würzburg. Dr. H. v. Ranke, München. Dr. v. Schleiss, München. Dr. v. Winckel, München. Dr. v. Ziemssen, München.

№ 22. 31. Mai 1892. Redacteur: Dr. B. Spatz, Karlstrasse 8. Verlag: J. F. Lehmann, Landwehrstr. 12. 39. Jahrgang.

Originalien.

Aus dem pathologischen Institut der Universität Halle.

Ueber die Aetiologie der puerperalen Eklampsie.[1])

Von Dr. *E. Gerdes*, erstem Assistenten des Instituts.

Meine Herren! Das Symptomenbild der puerperalen Eklampsie bietet etwas ungemein Wechselndes, so dass kaum ein Fall genau dem andern gleicht. Als das beständigste Symptom werden gemeiniglich die Krämpfe angesehen, die freilich die Scene in der Mehrzahl der Fälle völlig beherrschen, aber doch für sich nicht hinreichen, um die Diagnose auf Eklampsie stellen zu können.

Eine Reihe von Krämpfen aus anderer Ursache, sei es einer Urat- oder Bleivergiftung, sei es einer Hysterie oder Epilepsie, sei es einer psycho- oder neuropathischen Disposition, können unter dem grossen Einfluss der Geburtsthätigkeit bei Schwangeren besonders leicht entstehen, und klinisch durchaus eine echte Eklampsie vortäuschen, ja man hat nicht Anstand genommen, alle diese Krämpfe, wenn sie eine Schwangere befallen, einfach unter den Begriff der Eklampsie zu subsumiren. Der Begriff der Eklampsie erhielt so etwas sehr vieldeutiges, und die Unklarheit wurde noch dadurch erhöht, dass die Sectionsbefunde der an Puerperaleklampsie Verstorbenen wieder unter sich grosse Verschiedenheiten darboten. Alle diese Umstände wirkten zusammen, um die Aetiologie der puerperalen Eklampsie immer mehr zu verdunkeln, und die Zahl der Hypothesen über diese Krankheit in's Ungemessene zu vermehren.

Schon seit mehreren Jahren war man auf den Gedanken gekommen, dass die Fälle von Eklampsie, die nicht den oben berührten und noch einigen anderen Ursachen ihre Entstehung verdankten, vielleicht infectiösen, speciell bacteriellen Ursprungs sein möchten, wenn gleich auch dieser Gedanke noch bis in die jüngste Zeit kaum die Berechtigung einer Theorie erhob.

Délore entwickelte 1884 auf dem Congress von Blois eine Mikrobentheorie der Eklampsie, aber seine Thesen wurden, weil sie zum Theil ohne jeden Beweis aufgestellt waren, nicht anerkannt. Die Hauptsätze seiner Beweisgründe waren folgende: 1) Die Prodromalerscheinungen der Eklampsie weisen auf eine progressive Blutveränderung hin; 2) wie beim Scharlach oder Typhus findet man Nephritis in allen Graden und Albuminurie; 3) Die bei der Eklampsie erhöhte Temperatur erfährt nach dem Tode eine nochmalige Steigerung, die auf eine rasche Oxydation und vermehrte Verbrennung durch die postmortale Wirkung der im Blut befindlichen Bacterien zu beziehen ist; 4) Das gehäufte Auftreten von Eklampsien zu bestimmten Zeiten nach Art einer Epidemie weist auf einen contagiösen Ursprung hin; 5) Bei mehreren bakteritischen Affectionen, z. B. Tetanus, werden Krämpfe beobachtet; 6) Die Mortalität der Eklampsie ist hoch.

Es ist klar, dass diese Thesen, so lange jede Grundlage fehlte, um sie beweisen zu können, keinen Anspruch auf Anerkennung erheben konnten. Délore's Versuche, mit Culturen, oder Impfungen Resultate zu erzielen, blieben erfolglos.

Die ersten Mittheilungen über Bacterienbefunde bei der Eklampsie stammen von Doléris. Er beschreibt mit Poney einen Bacillus, der sich im Urin bei einer schweren Albuminurie vorfand, und aus Ketten bestand, deren Zusammensetzung aus 3 Einzelbacillen zu verfolgen war. Wenn er Kaninchen in die V. jugularis eingespritzt wurde, so erzeugte er Albuminurie, Parese der Glieder und Convulsionen, sowie eine starke Verlangsamung der Athmung. Doléris sieht die Ursache gewisser Formen von Albuminurie bei Schwangeren in der Gegenwart von Mikroben, die in der Nierenveränderung eine günstige Gelegenheit für ihre Entwickelung finden. Im Jahre 1885 theilte Doléris der Societé de Biologie mit, dass er im eiweissreichen Urin Schwangerer Coccen gefunden habe, besonders Streptococcen, die durch die Cultur nachgewiesen wurden. In einer dritten Mittheilung[2]) endlich hat Doléris die Mikrobentheorie verlassen und beschäftigt sich speciell mit der Eklampsie, deren Ursache er mit Butte in der Gegenwart einer krystallinischen toxischen Substanz im Blute erblickt, an deren Entstehung besonders die Leber betheiligt sei: Sie extrahirten die Substanz mit saurem Alkohol und lösten den Auszug in Wasser. Thiere starben an der Injection, die Section bot nichts Besonderes, die Untersuchung der Organe auf Bacterien wurde verabsäumt.

Etwas genauere Angaben über Bacterienbefunde bei der Eklampsie rühren von Blanc[3]) aus den Jahren 1889 und 1890 her. In seiner ersten Mittheilung beschreibt er einen Bacillus, den er aus dem Urin Eklamptischer gezüchtet hat. Den Urin wählte Blanc deshalb, weil die starke Albuminurie auf die Rolle der Nieren als Ausscheidungsorgan der in Blut enthaltenen Bacterien hinweisen sollte. Den Urin gewann Blanc unter allen möglichen Vorsichtsmaassregeln, und übertrug ihn direct auf Bouillon, die sich nach einiger Zeit trübte und zahlreiche Bacillen enthielt. Blanc hält diese Bouilloncultur für eine Reincultur, ohne auch nur den Schatten eines Beweises dafür beigebracht zu haben. Das Plattenverfahren wurde erst bei späteren Versuchen, aber ohne die Absicht, hierdurch eine Isolirung der Keime herbeizuführen, eingeschlagen, und zwar in der Form Esmarch'scher Röhrchen, die Gelatine enthielten. Gegen Blanc's Verfahren lässt aber besonders die Mangelhaftigkeit seiner Culturmethode geltend machen, die durchaus nicht gestattet, irgendwie bindende Schlüsse aus seinen Versuchen abzuleiten. Erst in zweiter Linie kommt die Wahl des Versuchsobjectes in Betracht. Darin stimme ich Wertheim durchaus bei, dass es so gut wie unmöglich ist, aus der weiblichen Urethra keimfreien Urin zu gewinnen. Die massenhaften Bacterien, die sich in den zahlreichen Schleimhautfalten der Vagina und des Introitus vorfinden, sind nie mit völliger Sicher-

[1]) Nach einem am 21. Mai 1892 in der Naturforschenden Gesellschaft zu Halle gehaltenen Vortrage.

[2]) Doléris, Nouv. Arch. d'obst. 1886, p. 182.

[3]) Blanc, Action pathogéne d'un microbe trouvé dans les urines d'éclamptiques. Arch. de Tocologie. Tome XVI. p. 182.

heit sämmtlich abzutödten, und werden Harnproben beständig verunreinigen müssen. Die Bacillen, welche Blanc beschreibt, sind zart, haben die Neigung, kleine Ketten zu bilden, besitzen eine lebhafte Eigenbewegung und tragen in der Mitte in der Regel einen Knoten, der mit Anilinfarben eine stärkere Farbe annimmt. Die Gelatine wird durch diesen Bacillus nicht verflüssigt. Blanc injicirte seine Bouilloncultur verschiedenen Versuchsthieren und beschreibt Convulsionen, die er dabei beobachtet hat. Ein Theil seiner Thiere ist an den Folgen der Injection gestorben. Aus den oben angeführten Gründen kann ich den Blanc'schen Versuchen keine Beweiskraft zusprechen.

Eine zweite Arbeit[4]) von Blanc behandelt die Pathogenese der Eklampsie. Blanc hat aus dem Blut einer Eklamptischen einen Bacillus dargestellt, den er für identisch mit dem früher aus dem Urin gezüchteten hält. Auch hier ist seine Culturmethode zu beanstanden, da er einen Blutstropfen unmittelbar in Bouillon übertrug und nun mit dieser Cultur wie mit einer Reincultur experimentirte. Kaninchen starben unter den Zeichen einer Nephritis, trächtige aborbirten zunächst. Ein Kaninchen, dem die Ureteren vor der Injection unterbunden waren, starb unter den Zeichen einer artificiellen, durch Perforation des Darms herbeigeführten Peritonitis. In diesem Falle übertrug Blanc etwas von dem freien Inhalt der Bauchhöhle in Esmarch'sche Röhrchen und beschreibt nun, dass die zahlreich angegangenen Colonien seinem Bacillus angehört hätten. Jeder, der einmal Faeces bakteriologisch untersucht hat, weiss, wie zahlreiche Keime in denselben enthalten sind, und dass kaum 2 Verdünnungen einer Originalcultur ausreichen, um eine brauchbare Platte zu erhalten. Zudem ist die Zahl der verflüssigenden Colonien in den Faeces nicht unbeträchtlich, aus diesem Grunde das Verfahren mit Esmarch'schen Röhrchen sehr unzuverlässig. Blanc schliesst aus seinen Versuchen nur, dass der Darm eine grosse Menge seines Bacillus enthalten haben müsse, um die Peritonitis hervorrufen zu können.

Ferner beschreibt Blanc eine Epidemie, die unter seinen Kaninchen ausgebrochen ist 3 Wochen nach Beginn seiner Versuche. 2 Kaninchen starben unter Krämpfen, als sie auf das Experimentirbrett gebracht werden sollten, das eine unter heftigen Diarrhöen. Blut und Urin dieses letzteren Thieres enthielten sehr reichliche Bacillen, die mit dem obigen identisch waren. Ein Theil der Fäcalien wurde deshalb in sterilisirtes Wasser und von hier in Esmarch'sche Röhrchen übertragen. Blanc gewann so zwei Arten von Bacterien, von denen die eine mit dem Bacillus coli communis Aehnlichkeit hatte. Die zweite Art verflüssigte die Gelatine und hatte Aehnlichkeit mit dem Bacillus, der zu den früheren Impfungen verwandt war. Wenn er Kaninchen in Bouilloncultur in die Ohrvene injicirt wurde, so starben die Thiere an grösseren Dosen unter Albuminurie und Convulsionen, kleinere Dosen wurden vertragen. Blanc meint, dass die Infection von dem bacillenhaltigen Urin ausgegangen ist, den die inficirten Thiere über die Nahrung, welche auf dem Boden des Käfigs lag, entleerten. Chloralzusatz zu den Culturen des Blanc'schen Bacillus hinderte ihre Entwickelung, Thiere, denen diese Mischungen eingespritzt wurden, blieben gesund. Auf Esmarch'sche Röhrchen übertragen, entwickelten sich aus den Culturen mit wenig Chloralzusatz zahlreiche Colonien, die die Gelatine verflüssigten, während die spärlichen Colonien mit viel Chloralzusatz keine Verflüssigung der Gelatine bewirkt haben sollen. Aus diesem in der Bakteriologie einzig dastehenden Factum lässt sich der Werth der Blanc'schen Experimente genügend ermessen.

Es ist bekannt, dass Versuche, Bacterien bei der Eklampsie nachzuweisen, bisher keinen Erfolg gehabt haben. Bei dem ungemein wechselnden Verlauf und der grossen Verschiedenheit der Ausbreitung anatomischer Veränderungen musste man auf Misserfolge gefasst sein. Wenn trotzdem Versuche nach dieser Richtung von competenter Seite nicht unterlassen worden sind, so beweist dies, dass man die Möglichkeit eines infectiösen Ursprungs der Eklampsie nicht zu läugnen wagte, und dass auch die anatomischen Veränderungen mit der Annahme einer infectiösen, bezw. toxischen Ursache in Einklang zu bringen waren.

Es war deshalb eine dankenswerthe Aufgabe für mich, als am 31. März ein Fall sehr schwerer Puerperaleklampsie im pathologischen Institut zur Section gelangte, den Fall nach jeder Richtung genau zu untersuchen[5]). In der That waren die Veränderungen in den inneren Organen ganz besonders umfängliche. Die Haut und die Conjunctiva bulbi waren stark ikterisch gefärbt, beide Nieren stark parenchymatös verändert, die Leber von sehr zahlreichen Blutungen von etwa Hanfkorngrösse und darüber fast in allen ihren Theilen durchsetzt. Ebenso fanden sich Blutungen in der Schleimhaut des Digestions- und Respirationstractus nebst intensiver acuter Entzündung, auch in den Maschenräumen der weichen Hirnhaut waren local begrenzte Hämorrhagien zu constatiren, während das darunter gelegene Gehirn etwas anämisch, aber nicht ödematös war.

Von den Organen wurden bakteriologisch Nieren, Leber, Lungen und Aortenblut in Betracht gezogen. Alle Platten, die von diesen Organen angelegt wurden, gingen nach 24stündigem Aufenthalt im Brütschrank an, und zwar war es vorzugsweise eine Colonie, die auf allen Platten in grösserer Anzahl und in überwiegender Mehrzahl zur Entwicklung gelangt war, die ich zu meinen späteren Untersuchungen weiter verwerthete. Die Colonie hat ein leicht gesprenkeltes bläulich-weisses bis hellbräunliches Aussehen auf der Platte und besitzt eine Anzahl von knolligen Prominenzen, die den Contour der Colonie undeutlich machen, und besonders die Randpartie der Colonie betreffen. Bei keiner der bisher von mir untersuchten Colonien habe ich ein ähnliches charakteristisches Aussehen wahrnehmen können. Die tieferen Colonien sind kleiner, manchmal rundlich, manchmal lanzettförmig. Die Gelatine wird verflüssigt und zwar ist nach Beginn der ersten Trichterbildung nach etwa 5 Tagen das ganze Gelatineröhrchen in Verflüssigung aufgegangen. Auf Agar in Strichcultur übertragen, bildet der Bacillus in 24 Stunden im Brutschrank einen grauweissen, lehmfarbenen Rasen, der rasch die ganze Oberfläche des Agars als schmieriger Belag überzieht. Gelatineplatten sind wenig charakteristisch, da die Verflüssigung die Knollenbildung verhindert, so dass man nur bisweilen im Centrum einer Colonie, wo sie am dichtesten ist, Höcker zu sehen bekommt. Bouillon wird gleichmässig getrübt ohne Häutchenbildung, nach etwa 8 Tagen sammelt sich die Hauptmasse der Cultur am Boden des Röhrchens an.

Die Cultur besteht aus kurzen Bacillen, die sich endständig färben und morphologisch Aehnlichkeit haben mit der Gruppe der Bacillen der Hühnercholera, der Schweineseuche und der Kaninchensepticämie. Der Bacillus färbt sich schlecht mit alkoholischen und wässerigen Anilinfarben; einigermaassen brauchbare Präparate erzielt man, wenn man stark alkalische Methylenblaulösung längere Zeit heiss einwirken lässt. Unter der Wirkung der überfärbenden Bacterienfarben geht das ungefärbte Mittelstück verloren; ganz kürzlich habe ich durch längere Einwirkung einer schwachen Anilinwassergentianaviolett-Lösung sehr gute und distincte Färbungen erzielen können. Er kommt allein oder zu 3—4 Exemplaren in einer Reihe liegend vor, in älteren Bouillonculturen beobachtet man wiederholt die Bildung längerer Fadenverbände, die perlschnurartig gefärbte und ungefärbte Stellen enthalten, und die Auffindung des Bacillus erheblich erleichtern. Im hängenden Tropfen besitzt der Bacillus eine lebhafte Eigenbewegung, nach der Gram'schen Methode entfärbt er sich.

Auch in Schnitten aus den Organen der Eklamptischen habe ich den Bacillus zur Anschauung bringen können, durch längere Einwirkung stark alkalischer Methylenblaulösung. Innerhalb der hämorrhagischen Herde der Leber findet er sich nur in vereinzelten Exemplaren, deren Unterscheidung von Zelltrümmern u. dergl. manchmal grossen Schwierigkeiten unterliegt. An mehreren Stellen der Leber, noch besser in der Lunge habe ich hingegen den Nachweis eines ganzen Haufens

[4]) Blanc, Pathogénie de l'éclampsie. Arch. de Tocol. Tome XVII. p. 747.

[5]) Näheres s. Gerdes, Zur Aetiologie der Puerperaleklampsie. Centralbl. f. Gynäk. 1892, No. 20.

von Bacillen führen können, der, innerhalb einer Capillare gelegen, deren Lumen völlig verschloss. Die Herde sind schon bei 200facher Vergrösserung als dunklere Flecke im Präparat aufzufinden, die etwas grösser sind als Leberzellenkerne. Die Bacillen sind in diesen Herden entweder einzeln, oder zu 2—3 Exemplaren in einer Kette angeordnet und nur in ihren Polstücken gefärbt. Man kann nicht anders, als einen embolischen Ursprung für diese Herde annehmen, die in der Lunge gewöhnlich grösser als in der Leber angetroffen werden und auf einen bacillären Ursprungsherd im Placentargebiet hindeuten. Die Länge der Bacillen beträgt, ebenso wie die der aus den Culturen gewonnenen 1—3 μ, die Dicke der letzteren etwa $\frac{1}{2}\ \mu$, im Schnitt erscheinen sie ein wenig dünner, wohl in Folge der Alkoholhärtung der Präparate. Auch in der Niere habe ich Bacillen nachweisen können, hier freilich nur im Lumen von Harncanälchen, oder innerhalb der Kapsel der Glomeruli, und zwar in Einzelexemplaren. Die Stellen, wo sich Bacillen fanden, waren besonders schwer verändert, das Epithel der Harncanälchen war desquamirt und stark gequollen. In kleineren Blutungen waren ebenfalls Bacterien nachzuweisen.

Auf Mäuse und Ratten wirkt der Bacillus sehr verderblich, indem die ersteren kurz nach subcutaner Injection von $\frac{1}{10}$ ccm einer 15 Stunden alten Bouilloncultur unter Brechbewegungen und Convulsionen in Sopor verfallen, aus dem sie nach einiger Zeit wieder erwachen, aber dann noch eine grosse Müdigkeit zeigen, die immer mehr zunimmt, bis schliesslich unter Verlangsamung der Athmung die Thiere sterben. Die Virulenz der Cultur muss von Zeit zu Zeit erhöht werden, indem man sie durch den Thierkörper schickt, da sie bei längerem Aufenthalt auf künstlichen Nährboden an Giftigkeit einbüsst. Bei Ratten beobachtet man keine Convulsionen, aber ebenfalls grosse Müdigkeit und Trägheit, die schliesslich völliger Bewusstlosigkeit weicht, in der die Thiere unter Verlangsamung der Athmung und Sinken der Temperatur sterben. Meerschweinchen sind nur grösseren Dosen der Cultur zugänglich, wenn sie ihnen intravenös beigebracht wird, Kaninchen und Hamster ebenso. Bei ersteren wurden Convulsionen beobachtet, bei letzteren nicht. Bei Ratten ist die Menge der im Körper gefundenen Bacillen in allen Organen sehr massenhaft, bei Mäusen und den übrigen Thieren spärlich. Auch Tauben erliegen nur grösseren Dosen bei intravenöser Injection, während subcutane Injectionen erfolglos bleiben.

Es ist am Ende nichts weiter als ein Spiel mit Worten, wenn man nur diejenigen Fälle unter die Rubrik der Eklampsie bringt, die einen infectiösen Ursprung haben und mit dieser Beschränkung für die Eklampsie eine gemeinschaftliche Aetiologie verlangt, oder ob man auch die Krämpfe aus anderer Ursache während der Geburt mit zur Eklampsie zählt und demgemäss verschiedenartige Noxen sich an der Entstehung der Eklampsie betheiligen lässt. Der erstere Standpunkt trägt den ätiologischen, der letztere den klinischen Gesichtspunkten besser Rechnung. Jedenfalls bin ich der Meinung, dass alle schweren Fälle von Eklampsie, die zur Section gelangen und starke Leber- und Nierenveränderungen aufweisen, der infectiösen resp. toxischen Ursache ihre Entstehung verdanken. Ob man von diesem Standpunkt den Krankheitsbegriff der Eklampsie einschränken oder aber ob man eine infectiöse Form der letzteren aufstellen will, ist ziemlich irrelevant. Ein definitives Urtheil wird man erst gewinnen, wenn die bakteriologischen Befunde an der Lebenden bestätigt worden sind.

Ueber die Ausschabung der Gebärmutterhöhle.

Von Dr. *Joseph Gossmann*, prakt. Arzt in München.

Die Gynäkologie hat sich immer mehr zur chirurgischen Disciplin ausgewachsen. Denn abgesehen davon, dass man jede Geschwulstbildung an den Genitalien des Weibes, selbst um den Preis der Verstümmelung desselben, mit dem Messer zu entfernen, in neuerer Zeit auch die falsche Lage der Gebärmutter auf blutigem Wege zu corrigiren sucht, meinte man auch dem ganzen Heere von Erkrankungen des Endometriums, den Uteruskatarrhen, den Meno- und Metrorrhagien dadurch beizukommen, dass man die erkrankte Schleimhaut auf chirurgischem Wege entfernt durch die sogenannte Excochleatio uteri, durch die Ausschabung der Gebärmutterhöhle. Da nun das Endometrium nicht bloss primär erkranken kann durch katarrhalische, gonorrhoische und septische Vorgänge, durch adenomatöse, sarkomatöse und carcinomatöse Degeneration, sondern auch secundär, wie bei Einlagerung von Myomen in die Gebärmutterwand oder bei Erkrankungen der Adnexe, so kann man sich denken, dass, wenn man der Ansicht ist oder wäre, dass alle diese Erkrankungen des Endometriums zum diagnostischen oder therapeutischen Endzweck die Ausschabung indiciren, die Indication hiezu eine ausserordentlich ausgedehnte ist, so dass man sich nicht wundern kann, dass die Ausschabung der Uterushöhle eine recht häufig vorgenommene Operation in der sogegenannten „kleinen Gynäkologie" geworden ist. Das muss mit der Zeit auch eine Klärung der Indicationsstellung zur Folge haben und zu dieser Klärung nach meinen Erfahrungen als praktischer Arzt einen kleinen Beitrag zu liefern, ist der Zweck dieser Zeilen.

Schon der Umstand, dass die Ausschabung so häufig und sogar ambulatorisch vorgenommen wird, zeugt für die relative Ungefährlichkeit des richtig ausgeführten Eingriffes. Allerdings hat es ja — selbst in neuerer Zeit — nicht an Stimmen gefehlt, welche sich gegen die Operation erhoben, dieselbe als ein rohes, im Blinden arbeitendes, nutzloses Verfahren bezeichneten. Es ist eigenthümlich, dass gerade in Frankreich, wo Recamier seine Curette erfand, das Verfahren sich lange nicht einbürgern konnte. So spricht sich Pajot im Jahre 1887 dagegen aus. In demselben Jahre hat auch in der Akademie der Medicin von Irland der Vorsitzende das Verdict über den „rohen und nutzlosen" Eingriff ausgesprochen bei der Discussion über einen diesbezüglichen Vortrag. In Deutschland erhebt sich gegen die Berechtigung der Operation wohl keine gewichtige Stimme mehr; nur über die Art der Ausführung, über die Indicationsstellung zur Operation und deren Heilerfolge bei den verschiedenen Affectionen des Endometriums bestehen divergirende Ansichten. Wir werden darauf noch zu sprechen kommen.

Dass man nicht bloss die kranke, sondern auch die gesunde Uterinschleimhaut ziemlich vollständig herausschaben kann, ist durch die Untersuchungen von Düvelius, der an zwei Dutzend Leichen bald nach dem Tode diesbezügliche Versuche machte, erwiesen. Dass aber nach der Ausschabung eine völlige Wiederherstellung der Schleimhaut ohne Narbenbildung eintritt, ist nachgewiesen und erhellt vorzüglich aus der Thatsache, dass oft schon sehr bald nach der Ausschabung Conception eingetreten ist, wie die genauen Erhebungen von Düvelius, Heinricius und Benicke festgestellt haben, so dass der Einwand, den man gegen die Ausschabung erhoben hat, dass dadurch die Conceptionsfähigkeit in Folge radicaler Störung des Keimbettes verloren gehe, hinfällig ist.

Man hat ferner dem Verfahren zum Vorwurfe gemacht, dass Uterusperforationen mit dem Schabinstrumente vorkommen können resp. vorgekommen seien. Solche seltene Fälle sind in der Literatur verzeichnet; doch wird fast allgemein zugegeben, dass dieselben, wenn rechtzeitig erkannt, ohne Gefahr sind, vorausgesetzt, dass aseptisch operirt wird. Schröder meint, dass die Perforationen doch bloss bei carcinomatösen Erkrankungen des Corpus vorkommen, während Olshausen betont, dass die Gefahr der Perforation auch bei Subinvolutio in puerperio besteht. Das hat mir erst jüngst ein Fall illustrirt: Eine Frau hatte vor 3 Wochen geboren. Bei der Untersuchung findet sich die Gebärmutter etwa faustgross, der Mutterhals geöffnet, so dass der Finger bis zum Fundus dringen konnte, wo ein rauhes, rissig, wie eine bösartige Neubildung sich anfühlendes, etwa kleinapfelgrosses Gewebe aufsass, ein Deciduom der Placentarstelle. An einer Stelle inmitten dieses Deciduoms war die Uteruswand nach meiner Schätzung papierdünn, so dass, wenn man versucht hätte, mit dem scharfen Löffel die Wucherungen zu entfernen, man leicht eine Durchbohrung der Uteruswand hätte bewerkstelligen können. Intrauterine Jodo-

formgazetamponade und Ergotin brachten die Sache innerhalb vierzehn Tagen in Ordnung.

Ich selbst habe nie eine Perforation bei meinen Ausschabungen erlebt. Doch ist es mir einmal vorgekommen, dass ich plötzlich mit dem Schabinstrument in einer weiten Höhle zu sein glaubte und die Spitze des Instrumentes wie unmittelbar unter den dünnen Bauchdecken fühlte, ohne dass irgend eine Reaction von Seite der Frau erfolgte. Vielleicht war das ein Fall von vollständiger Paralyse der Gebärmutter, wie solche Fälle von Doléris und nach ihm von Geijl in Dortrecht angegeben worden sind. Bei grosser Schlaffheit der Gebärmutter kann eben die durch die tiefe Rückenlage der Frau bedingte Herabsetzung des intraabdominellen Druckes eine ähnliche Ballonirung der Uterushöhle hervorufen, wie wir sie an der Scheide bei der Anwendung des Sims'schen Speculums, ja auch an der Blase bei der Möglichkeit des Lufteintrittes und bei entsprechender Lagerung der Frau zu Stande kommen sehen. — Für die Beurtheilung der Perforationsgefahr des lebenden Uterusgewebes können die Angaben Liebmann's, welcher an 100 Frauenleichen experimentell nachgewiesen hat, dass in 23 Fällen der Uterus sehr leicht, in 42 Fällen leicht zu durchbohren war, nicht maassgebend sein. Denn die Erfahrung hat gelehrt, dass die Perforationsgefahr bei Ausschabung verschwindend klein ist.

Eine weitere Gefahr des Eingriffes soll in der Recrudescenz alter Entzündungsherde in den Adnexen liegen. Diese Gefahr ist meiner Ansicht und Erfahrung nach überschätzt worden. Jeder, der die Ausschabung oft gemacht hat, musste wohl das eine oder andere Mal auch bei verdickten Adnexen die Operation machen und hat sie ohne Nachtheil gemacht. Die weiblichen Beckenorgane, besonders die Adnexa werden bei anderen gynäkologischen Manipulationen, etwa bei einer ergiebigen bimanuellen Abtastung zu differential-diagnostischen Zwecken oft mehr insultirt, als bei einer schonend vorgenommenen Ausschabung.

Im Allgemeinen können wir wohl sagen, dass die Operation der Ausschabung der Gebärmutterhöhle eine ungefährliche ist bei richtiger Ausführung und richtiger Indicationsstellng.

Bezüglich des ersten Punktes wurde vielfach die Frage erörtert, ob man der Ausschabung die Dilatation des Mutterhalses vorausschicken solle oder nicht. Die meisten Autoren sind jetzt darüber einig, dass eine Dilatation nur in den allerseltensten Fällen nothwendig ist, und schon im Jahre 1879 sagt Schröder, dass er die Quellmittel in der gynäkologischen Praxis nicht mehr nöthig findet und immer ohne vorherige Erweiterung mit dem scharfen Löffel ausschabt. Anderen Autoren, wie Schultze, Landau etc., widerstrebt es allerdings, „den Uterus im Blinden auszukratzen".

Ich selbst war noch in einer Zeit praktisch thätig, wo man die Quelle einer hartnäckigen Uterinblutung dem tastenden Finger zugängig zu machen suchte durch Dilatation des Cervix, und bin deshalb auch in der Lage, mir ein selbständiges Urtheil über diese Frage zu bilden. Ich habe im Laufe der Jahre alle Quellmittel und Dilatationsinstrumente versucht und kann nur sagen, dass ich von ihnen nicht viel Gutes gesehen habe und sie deshalb nicht mehr anwende. Denn abgesehen von der Infectionsgefahr durch Quellmittel, abgesehen von der Gefahr der Zerreissung des Cervix bei nur einigermaassen brüsker Anwendung von starren Dilatatorien ist hier vorzüglich die Erfahrung ausschlaggebend, dass alle Quell- und Erweiterungsmittel, sobald sie ihren Zweck, die Austastung der Gebärmutterhöhle zu ermöglichen, wirklich erfüllen — was durchaus nicht immer gelingt —, dass sie dann, sage ich, das dem tastenden Finger zugängliche Bild im Innern der Gebärmutterhöhle so verändern, dass wir meist den Grund der Blutung gar nicht entdecken können, da die oft weichen und geringen Excrescenzen und Wucherungen, welche die Blutung unterhalten, ganz zusammengedrückt, also nicht mehr kenntlich d. h. tastbar sind. Ich freute mich, diese meine Erfahrung bei Durchsicht der Literatur bestätigt zu finden. (Fritsch, Bandl.) Dass sogar härtere Dinge, wie Leisten und Erhabenheiten, welche man im Cervix oder in der Uterushöhle entweder mit der Sonde oder mit dem Finger bereits gefühlt hat, unter dem Drucke des Quellmittels verschwinden können, hebt Veit hervor und beweist auch der bekannte Fall in Sim's Gebärmutterchirurgie, in welchem ein vorher sicher constatirter Polyp durch einen lange einwirkenden Pressschwamm zum Verschwinden gebracht wurde. Für die Erkenntniss der Quelle einer uterinen Blutung hat die künstliche Erweiterung der Gebärmutterhöhle in den meisten Fällen, in denen wir die Ausschabung berechtigterweise vornehmen, meiner Ansicht nach nur geringen Werth. In den seltenen Fällen, in denen bei ganz engem Muttermund das Schabinstrument nicht eingeführt werden kann oder die Austastung der Gebärmutterhöhle wünschenswerth, ja nothwendig ist, suche ich die Erweiterung des Mutterhalses nach dem Verfahren von Vuillet, Landau und Dührrsen mittelst eingestopfter Jodoformgazestreifen — während mehrerer Tage wiederholt — zu erreichen, eine Dilatationsmethode, die alle Beachtung verdient.

Da ich die Operation ohne Assistenz, ohne Narkose und zwar nahezu ein halbes hundert Mal ambulatorisch ausgeführt habe, so möge es mir gestattet sein, mein Verfahren im Detail mitzutheilen: Bei jedem intrauterinen Eingriff ist möglichste subjective und objective Antisepsis geboten; über die subjective brauche ich wohl kein Wort zu verlieren, über die objective ist zu sagen, dass die äusseren Genitalien der in Steiss-Rückenlage befindlichen Patientin ordentlich abgeseift und dann mit einem Desinficiens bearbeitet werden. Sodann versuche ich die möglichste Anästhesirung der Theile mittelst 20 Proc. Cocainlösung, welche ich in folgender, allerdings etwas zeitraubender Weise zur Einwirkung bringe: Nach Ausspülung und ergiebiger Auswaschung der Scheide mit 1 Proc. Creolinmischung wird die Vagina ausgetrocknet mittelst Wattebäuschchen. Dann wird ein Watte- oder Gazestreifen, getränkt mit der Cocainlösung, in die Scheide gelegt und 5—10 Minuten liegen gelassen. Dann ist die Manipulation in derselben für die Patientin nahezu empfindungslos und man kann nun die Scheidenschleimhaut noch einmal gründlich reinigen. Hierauf wird die vordere Lippe mit einer Kugelzange angehackt. Ich thue dies in einem dreiblätterigen Cusco'schen Speculum. Man kann zwar auch bloss unter Leitung des Fingers, also nicht mit Zuhilfenahme des Gesichtssinnes anhacken, allein es kommt, besonders dem Anfänger dann häufig vor, dass er aus Angst, zu viel zu fassen, was besonders bei kurzer Lippe durchaus nicht unmöglich wäre, bloss die Schleimhaut fasst, welche oft einreisst, wodurch unnöthige Verletzungen gesetzt werden. Dann führe ich den Bozeman'schen Katheter ein, was bei leichtem Anziehen der Kugelzange ohne Schwierigkeit gelingt, und spüle durch denselben die Gebärmutterhöhle mit der Creolinmischung aus, nicht so fast wegen der Desinfection der normaliter ja ohnehin keimfreien Corpushöhle, als vielmehr deswegen, weil die Ausspülung Secret und Blut aus der Uterushöhle entfernt und der eingeführte, ziemlich dicke Bozeman'sche Katheter den Weg bahnt für die nachfolgenden Manipulationen. Jetzt führe ich die mit Watte umwickelte Braun'sche Spritze, gefüllt mit 20 Proc. Cocainlösung, ein, schiebe den Stempel der Spritze langsam vor und lasse die Cocainlösung 5—10 Minuten einwirken. Die Schmerzhaftigkeit der nachfolgenden Ausschabung wird nicht in allen Fällen dadurch beseitigt; denn wenn auch die oberflächlichen Schichten anästhetisch gemacht sind, so werden die durch den Reiz der Ausschabung ausgelösten Uteruscontractionen doch noch manchmal schmerzhaft empfunden. Immerhin lässt sich eine ergiebige Abminderung der Schmerzhaftigkeit dadurch bewirken. — Die nachfolgende Einführung des kleinkalibrigen scharfen Schablöffel — statt dessen wird von mancher Seite die Curette als weniger gefährlich und besonders von den Amerikanern der stumpfe Löffel empfohlen — lässt sich dann leicht bewerkstelligen und nun schabt man systematisch zuerst die hintere, dann die vordere Wand der Uterushöhle und schliesslich besonders sorgfältig die Tubenecken in sanften Zügen ab, bis man überall ein fühlbares, selbst hörbares Knirschen an der Einwirkungsstelle des Instrumentes wahrnimmt; erst dann ist man sicher, die ganze Schleimhaut entfernt zu haben. Oft fühlt man, wie das Schabinstrument von der sich contrahirenden Gebärmutter gewissermaassen umfasst wird; allein nach kurzer

Zeit erschlafft wieder die Gebärmutter, so dass das Instrument freieren Spielraum hat. Die Ausbeute, welche die Ausschabung liefert, ist natürlich je nach dem Zustande des Endometriums eine verschieden grosse; oft ist sie recht gering oder kommt erst nach der terminalen Ausspülung, welche mit dem Bozeman vorgenommen wird, zum Vorschein. Grössere Blutung hat die Ausschabung gewiss nur in den seltensten Fällen zur Folge; mir ist eine solche nur einmal begegnet und war durch intrauterine Heisswasserirrigation leicht zu stillen. — Nach kurzer Zeit geht kein Tropfen reines Blut mehr ab; man legt dann lediglich ein kleines Jodoformgazebäuschchen vor den Muttermund. Ich lasse die Patientin dann ruhig nach Hause gehen und an diesem Tage Ruhe halten.

Wiewohl von namhafter Seite vor diesem ambulatorischen Operationsverfahren gewarnt wird, habe ich doch nie einen Nachtheil davon gesehen. Was sollte auch da schaden! Das alte Märchen von der Erkältung als Ursache nachfolgender para- oder perimetrischer entzündlicher Reizung ist wohl abgethan. Wenn eine solche eintritt, so ist entweder durch den Eingriff die Schädlichkeit in die Genitalien hineingekommen oder war schon darin und recrudescirte durch die Operation. Bei der weichen Lagerung der Gebärmutter zwischen Blase und Darm kann auch von einer nachtheiligen Erschütterung der Theile durch die Bewegung nicht die Rede sein. Ich halte es nach meinen Erfahrungen für erlaubt, die Operation ambulatorisch vorzunehmen, ebenso wie es den Rhinologen erlaubt ist, adenoide Wucherungen aus dem Nasenrachenraum ambulatorisch zu entfernen.

Nicht so klar, wie über die Ausführung der Operation ist meine Anschauung bezüglich der Indicationsstellung resp. der Heilwirkung des Eingriffes. Denn das Gebiet des sicheren Heilerfolges der Ausschabung ist nach meinen Erfahrungen ein engbegrenztes; doch davon später.

Als Indication zur Ausschabung wurde von klinischer Seite, von Ruge, Veit, Düvelius und Martin die Möglichkeit der Diagnose der intrauterinen Erkrankung mittels mikroskopischer Untersuchung der ausgeschabten Partikelchen betrachtet; man dachte dabei vorzüglich an maligne Neubildungen, welche vom Endometrium ausgehen, an Sarkom und Carcinom, deren frühzeitiges Erkennen die radicale Beseitigung durch Totalexstirpation des Uterus ermöglicht. Wenn die Diagnose aus den ausgeschabten Partikelchen leicht und vor Allem sicher zu stellen wäre, so würde ja eine solche diagnostische Ausschabung für den praktischen Arzt von hohem Werthe sein, da derselbe dann die Krebskranke frühzeitig genug zur Radicaloperation überweisen könnte. Aber leider ist diese Diagnose keine absolut sichere, ja sie ist sehr mangelhaft, so dass z. B. Landau erklärt, dass er von dem Werthe der diagnostischen Untersuchung ausgekratzter Partikelchen für unsere Praxis, je mehr er sich damit beschäftigt, eine immer bescheidenere Meinung gewinne; ebenso hält Küstner die Benützung des Evidements als diagnostisches Verfahren für absolut werthlos. Solche Aussprüche von Fachgynäkologen genügen, um den Praktiker von dem Versuche, die mikroskopische Untersuchung ausgekratzter Partikelchen für die Diagnose zu verwerthen, abzuschrecken.

Eine solche Untersuchung kann wohl als Bestätigung einer aus klinischen Symptomen und einer genauen bimanuellen Abtastung bereits gestellten Diagnose dienen; wollte man aber lediglich auf Grund einer mikroskopischen Diagnose eine eingreifende Operation vorschlagen oder machen, so könnte es wohl vorkommen, dass so manche Frau ihres relativ normalen Fruchthalters unnöthiger Weise beraubt würde. Denn wir haben es ja erlebt, dass das, was der eine für eine sarkomatöse Entartung erklärt, von dem andern lediglich als eine Endometritis gedeutet wird. Das Uterusepithel ist eben ausserordentlich umbildungsfähig und aus dem normaliter mit Cylinderepithel ausgekleidetem Uterus ist auch schon Pflaster- und Plattenepithel ausgeschabt worden, wie Zeller berichtet. Ja selbst die sogenannte Deciduazelle, welche man so lange als untrügliches Zeichen für stattgehabte Schwangerschaft angesehen hat, trägt nach Ruge nichts für Gravidität specifisches an sich, da er dieselbe auch bei Endometritis und Dysmenorrhoea membranacea gesehen hat. Also mit dem diagnostischen Werth der Ausschabung ist es nicht weit her.

Auch bei dem ganzen Heer von Schleim- und Eiterflüssen aus dem Uterus katarrhalischen oder gonorrhoischen Ursprungs, welche vielfach als Indication zur Ausschabung gelten, ist der Nutzen des Eingriffes ein zweifelhafter. Recidiv ist häufig, ja fast die Regel und auch erklärlich, wenn man bedenkt, dass trotz sorgfältigster Ausschabung nach den Untersuchungen von Düvelius doch immer kleinste Partikelchen der Schleimhaut und in ihnen auch die betreffenden Infectionskeime sitzen bleiben, die bei der eintretenden Erneuerung der Schleimhaut zur abermaligen Aussaat und Wucherung gelangen.

Mit der Ausschabung allein hat man also nach nahezu allgemeiner Erfahrung bei diesen chronisch-entzündlichen Affectionen des Endometriums keine sehr guten Resultate. Dieselben sind besser, wenn man eine Ausätzung des Uterusinnern mittels Jodtinctur, Liquor ferri oder Chlorzinklösung der Ausschabung nachfolgen lässt. Dabei möchte ich bemerken, dass ich jede intrauterine Aetzung nach vorhergegangener Ausspülung und Austrocknen des Gebärmutterinnern mittels der mit Watte umwickelten Braun'schen Spritze effectuire, ein Verfahren, das ich nach meinen Erfahrungen für sicher und gefahrlos halte und mir schon oft — auch ohne vorhergehende Ausschabung — bei chronischer Endometritis gute Dienste geleistet hat. Aber alle Ausspülungen, Aetzungen und Ausschabungen lassen oft im Stiche bei profus eitriger gonorrhoischer Endometritis, bei der die Uterustamponade mittels eingestopfter Jodoformgaze noch ein besseres Resultat erzielt. Bei chronischem Uterusausflusse halte ich die Ausschabung nur dann für angezeigt, wenn atypische Blutung damit complicirt ist.

Die atypische Uterusblutung wurde schon seit der Einführung des Verfahrens als die Hauptindication zur Ausschabung angesehen. Doch versteht es sich von selbst, dass nicht eine jede atypische Blutung durch Ausschabung radical geheilt werden kann. So hat die Ausschabung gegen Blutungen bei Myomen, wie sie von Campe und Runge empfohlen wurde, nur einen palliativen, wenn auch nicht zu unterschätzenden Nutzen.

Dass das Endometrium auch auf reflectorischem Wege in Folge Erkrankung der Eierstöcke derart erkranken kann, dass typische oder atypische Uterusblutungen entstehen können, ist bei den Beziehungen zwischen Eierstock und Endometrium begreiflich. Den anatomisch-pathologischen Beweis hiefür hat Gottschalk durch Mittheilung eines interessanten Falles geliefert, in welchem die Frau seit Jahren an unregelmässigen heftigen Blutungen litt, welche durch nichts, auch nicht durch die 17 mal vorgenommene Ausschabung zu stillen waren, so dass man sich schliesslich zur Exstirpation des Uterus und der Eierstöcke entschloss: Der Uterus war normal, die Eierstöcke cavernös entartet.

Es ist klar, dass bei solchen Blutungen, welche auf reflectorischem Wege von den Eierstöcken her unterhalten werden, ein radicaler Effect von der Ausschabung nicht zu erwarten ist. Das ist auch bei den Menorrhagien, wie sie in den klimacterischen Jahren sich häufig einstellen, der Fall. Profuse Menstruationsblutung wird ebenso wenig wie die Dysmenorrhoea membranacea durch Ausschabung radical geheilt.

Dagegen wird die Ausschabung überall da radicalen Effect erzielen, wo der Grund der Blutung in einer nicht recidivirenden Wucherung oder Erkrankung der Schleimhaut der Gebärmutter liegt. Die nach Aborten oft lange und hartnäckig fortbestehenden Blutungen haben einen solchen Grund und eben deswegen ist für solche Blutungen die Ausschabung das durch nichts zu ersetzende, radicale Heilmittel. Die lange fortdauernden Blutungen nach Abort werden eben dadurch bedingt, dass Theile der Decidua sich nicht abstossen, sondern weiter ernährt werden und nun entweder Anlass geben zur Entwickelung eines circumscripten Tumors, eines sog. Deciduoms oder zu einem diffusen Wucherungsprocess im Endometrium, einer sog. Endometritis decidualis seu hyperplastica. Beide Vorgänge bedingen und unterhalten die Blutung.

Für die Entfernung der circumscripten Deciduome wird

von autoritativer Seite die manuelle Entfernung für das zweckmässige Verfahren gehalten. Ich möchte nach einer ziemlich reichen diesbezüglichen Erfahrung auch hier die Entfernung der Wucherung mittels des Löffels wenigstens in den Fällen, in denen der Cervix nicht von vorne herein für den Finger zugänglich ist, für das schonendere und radicalere Verfahren erklären und zwar aus folgenden Gründen: Einmal fällt dabei die schon oben erwähnte Misslichkeit der Cervixerweiterung weg; ferner ist das Abquetschen und das Herausbefördern des Deciduoms aus einem engen Mutterhals mittels des einen Fingers, ein mühsames und ein mit viel mehr Insult der Theile verbundener Eingriff als die Anwendung des Löffels und für's Dritte ist wohl auch immer in solchen Fällen das Endometrium diffus in einer Weise verändert, dass die möglichste Entfernung des Endometriums zum Mindesten nicht schaden kann.

Den eigentlichen Triumph aber feiert die Ausschabung bei der diffusen Endometritis decualis. Wenn man es selbst erfahren hatte, wie lange oft früher die Frauen nach Abortus fortbluteten, trotz Ergotin, Hydrastis und wochenlanger Bettruhe, wie sie durch die immer wiederkehrenden Blutungen geängstigt und geschwächt wurden, bis man sich endlich entschloss zur Dilatation des Cervix, um dann schliesslich doch in der Gebärmutterhöhle nichts entfernbares zu finden, wie dann also trotz des nicht immer gleichgültigen Eingriffes die Blutungen fortdauerten, dann weiss man erst den wohlthätigen Einfluss, den radicalen Effect der Ausschabung bei diesen gar nicht seltenen Fällen zu schätzen.

Für diese Fälle von protrahirter Blutung nach Abortus möchte ich wünschen, dass die kleine Operation Allgemeingut der Aerzte werden möge. Von diesem Gesichtspunkte aus, nicht als specialistische Arbeit, möge dieser Aufsatz von den Collegen in der Praxis Berücksichtigung und Beurtheilung finden.

Ueber Nervosität und Psychosen im Kindesalter.

Von Dr. *M. Friedmann*, Nervenarzt in Mannheim.

I.

(Schluss.)

Wenn ich jetzt die noch bei Kindern auftretenden Allgemeinneurosen nach Kategorien geordnet zusammenstelle, so werde ich dieselben unserem Plane gemäss zumeist nur cursorisch aufführen, und zwar zunächst auf körperlichem Gebiet:

1) Neuralgien, soweit sie auf allgemeiner Basis entstehen. Sie sind im Ganzen nicht häufig; drei Fälle habe ich gesehen, darunter folgende zwei.

Fall 5. Anna Kl., 10½ Jahre alt. Vater nervös, war in Kaltwasseranstalt. Das Kind gut beanlagt, lebhaft und gutartig, aber von jeher sehr mit seinem körperlichen Befinden beschäftigt, in der letzten Zeit rasch gewachsen, an Kopfschmerz leidend. Im Januar 1890 Influenza, darauf ziemlich matt, vermehrter Kopfschmerz und Beschwerden beim Gehen. Herstellung in einem Schwarzwaldluftcurort. Seit der Rückkehr bald wieder neue Klagen über Schmerzen in den Armen und Beinen, kann nicht stehen, bewegt sich ungern auch im Bett, wobei sie grosse Aengstlichkeit verräth. Typische Schmerzanfälle fehlen. Die genaue Untersuchung des zarten, etwas aufgeschossenen Mädchens ergiebt bezüglich der inneren Organe nichts Abnormes. Die Wirbelsäule ist an den Dornen druckempfindlich, desgleichen sehr entschieden beinahe sämmtliche Nervenpunkte an den Armen und Beinen einschliesslich des Plexus brachialis, dagegen nicht die Knochen und Muskeln. Die grobe Kraft der letzteren überall gut, keine Atrophie, kräftige Patellarreflexe. Herstellung in zwei Monaten durch Bäder und Abreibungen.

Fall 6. Elise Tr., 12 Jahre alt. Das Kind war stets sehr blass, reizbar und wehleidig, durch verschiedene scrophulöse Drüsenleiden kränklich. Am 20. März 1890 wurde eine kleine Geschwulst aus dem rechten Vorderarm ausgeschnitten; Verheilung glatt und ohne Complication. Seither in der stets gut aussehenden Narbe lebhafte Schmerzen, die aber ausserdem den ganzen rechten Arm und die Schulter ergreifen und bewirken, dass der Arm kaum mehr gebraucht wird, auch nicht beim Essen, so dass er allmählich abmagert. Sonst keinerlei Klagen. Bei der Untersuchung (16. September 1890) zeigt sich bedeutende Empfindlichkeit des ganzen Armes bei Berührung, weitaus am stärksten an sämmtlichen Nervenpunkten einschliesslich des Plexus brachialis; die Narbe selbst ist nicht hervorragend schmerzhaft. Ausserdem bestehen ausgeprägte Schmerzpunkte am rechten Supraorbitalis- und Occipitalispunkt. Die Musculatur des Armes ist um ½—1 cm gegen links abgemagert, sämmtliche Bewegungen sind steif und ungeschickt, am meisten die der drei letzten Finger. Keine Contracturen, keine Abnormität der elektrischen Reaction.

Der Fall kann auch als gutes Beispiel der sogenannten localen traumatischen Hysterie bei einem Kinde gelten.

2) Viel häufiger sind die Reizerscheinungen auf motorischem Gebiet in Form der Chorea minor; sie fand sich in 22 unter 66 Neurosefällen, also genau in einem Drittheil. Ueber die ätiologischen Verhältnisse von wenig Nervenkrankheiten existiren so imposante Statistiken, als sie hier die Rheumatismusfrage provocirt hat. Ich möchte aber gerade diesen letzteren Punkt hier bei Seite lassen, um wieder die Bedeutsamkeit der angeborenen nervösen Disposition als Boden für die Entstehung der Chorea zu betonen; sie wurde 10 mal unter den 22 Fällen constatirt, ein Ergebniss, das übereinstimmt mit demjenigen der englichen Sammelforschung von 1887[10]), welche bei 439 verwertheten Fällen 46 Proc. nervöse Belastung in der Familie verzeichnet. Bei Vorhandensein derselben genügen oft kleine Anlässe, in einem meiner Fälle das Ausziehen zweier Zähne, im anderen Schreck über das Fortbluten von Blutegelstichen bei dem Bruder, um das Leiden zum Ausbruch zu bringen. Besonders sei hier nochmals darauf hingewiesen, wie sehr häufig Andeutungen, Vorstufen des choratischen Zuckens in Gestalt von Grimassiren und zwecklosen Gliederbewegungen bei den nervös disponirten Kindern beobachtet werden, ohne dass freilich jedesmal der ausgebildete Krampf sich einstellt; die Tendenz dazu trägt wohl die Mehrzahl der nervösen Kinder in sich.

Ein beträchtlicher Theil der choreakranken Kinder ist in der That bekanntlich noch anderweitig nervös, und ich betrachte diesen Zustand als die vorausgehende Grundlage, nicht als die Folge der Chorea.

3) Ein noch häufigerer Symptomencomplex ist derjenige der vielberufenen Schulnervosität. Er wäre noch am ersten der Neurasthenie der Erwachsenen an die Seite zu stellen, bietet aber doch sehr viel des Abweichenden. Das Symptomenbild zunächst ist weit einförmiger: ausnahmslos besteht Kopfschmerz und Kopfdruck, häufig Herzklopfen, Verdauungsstörungen und leichte Beeinträchtigung der intellectuellen Leistungsfähigkeit. Dabei sehen die Kinder nicht viel seltener blühend als blass und anämisch aus. Aetiologisch traten zweitens die Zustände aus dem Rahmen der sonst hier betrachteten Störungen heraus, die nervöse Anlage spielt eine recht geringe Rolle, es handelt sich beinahe nur um das Moment der Ueberanstrengung in intellectueller Beziehung bei nervenkräftigen Kindern, verbunden mit den Hemmungen, welche das Schulsitzen der körperlichen Entwicklung auferlegt. Die Zöglinge der Mittelschulen sind geistige Arbeiter ersten Ranges, wenn man die Quantität des stets neu aufzunehmenden Wissens mit dem vorhandenen Vorrath an Kenntnissen vergleicht. Als drittes charakteristisches Moment gegenüber der Neurasthenie ist die eminent günstige Prognose zu bezeichnen: als sozusagen experimentell erzeugte Neurose weicht die Schulnervosität sofort bei Wegfall der Ursache, z. B. in der Sommerfrische. Schwerere, namentlich andauernde psychische Symptome in Gestalt der Torpiditätszustände, welche erst später besprochen werden, repräsentiren die höhere Stufe der Schulnervosität, sind aber entschieden selten.

Abweichend ist ferner die Wirkung der Schulstrapazen bei nervös disponirten Naturen; hier bilden sie nur eines der Gelegenheitsmomente, welche den Anstoss zum Ausbruch einer schweren Neurose, insbesondere Chorea, Hysterie und Psychose ertheilen: ein Satz, welcher wie aus meiner Erfahrung so auch mit zwingender Kraft aus den weitläufigen Debatten sich ergiebt, die sich an die Publication des Psychiaters Hasse[11]) (1880) über die Zunahme der Kinderpsychosen durch die Schulüberbürdung angeschlossen haben.

Ueber die Häufigkeit der gewöhnlichen Schulnervosität giebt die Statistik des ärztlichen Sprechzimmers, besonders des

[10]) Stephan Mackenzie, Sammelforschung über Chorea. British med. Journal, 1887. p. 425.

[11]) Hasse, Die Ueberbürdung unserer Jugend auf den höheren Lehranstalten mit Arbeiten. Braunschweig, 1880.

Specialisten, keine verwerthbare Auskunft, weil dessen Hilfe nur ausnahmsweise angerufen wird; es wurden daher die gewöhnlichen Fälle der Art hier gar nicht mitgezählt. Aber auch die Untersuchungen in Schulen (27—40 Proc. der Schüler als ergriffen ergebend, s. Emminghaus l. c. p. 139) sind nicht direct anzunehmen, weil man doch nicht jeden Kopfschmerz als Symptom der Nervosität verzeichnen kann.

Dass der Schuleinfluss bei nervös nicht widerstandskräftigen Naturen doch nicht vernachlässigt werden darf, zeigt unsere Statistik, wo in 9 Fällen die Schulanstrengung für die Entstehung allgemeiner Neurosen (unter Ausschluss der Schulnervosität) haftbar gemacht wurde, freilich 4 mal unter Concurrenz der nervösen Anlage; Psychosen entstehen aber gewiss höchst selten durch die Schule.

4) Die Hysterie. Sie stellt eine der häufigsten und schwersten Ausgestaltungen der nervösen Anlage dar, schwer namentlich auch darum, weil sie meist eine definitive ist und aus dem Kindesalter in das spätere Leben, oft mit den gleichen Symptomen, hinübergenommen wird. Mehrere der folgenden Beispiele werden das belegen. Unter den 66 (bezw. 70) Fällen befinden sich 12 Hysterien, 7 bei Knaben, 5 bei Mädchen; wollte man die Fälle, wo hartnäckiger nervöser Husten beobachtet wurde, noch einrechnen, so wäre die Zahl um 4 zu vermehren, und ebenso hätten sich die 3 Neuralgiefälle von No. 1 auch unter der Rubrik Hysterie unterbringen lassen. Die Ziffer entfernt sich alsdann nur wenig von der für die Chorea angegebenen. Bei Erwachsenen konnte ich dagegen nur 8 Hysterien auf 70 Allgemeinneurosen (einschliesslich der Psychosen und ohne die Epilepsie) zählen, wobei noch zu bemerken ist, dass darunter nur wenig schwere Krampf- und Lähmungszustände sich befinden und mehr die allgemeinen neuralgiformen Schmerzen herrschen; das Missverhältniss wird freilich wesentlich durch das Ueberwiegen der Neurasthenie und der Psychosen verschuldet. Jedenfalls ist man berechtigt, von einer Tendenz des Kindesalters auch zu hysterischen Symptomen zu sprechen. Heredität war — wohl nur zufällig — nur bei 3 der Patienten, dagegen ausgesprochenstes nervöses Temperament, oft mit verzögerter körperlicher Entwickelung, bei allen bis auf einen nachzuweisen und bis in die früheste Kindheit zurückreichend.

Nur in 2 Fällen wurde — vorerst — Heilung beobachtet, bei einer beinahe 1 Jahr dauernden hysterischen Stimmbandlähmung mit Aphonie bei einem 11 jährigen Knaben, die schliesslich nach zahlreichen Curen plötzlich verschwand (auch die häufigen vorübergehenden Stimmbandlähmungen bei Katarrhen wurden hier nicht eingerechnet); ferner in einem Falle ausgeprägter Chorea magna mit Spring- und Tanzkrämpfen bei einem 7 jährigen Jungen, die nach mehrwöchentlicher Dauer sogleich nach Trennung des Kindes von der Familie heilte. Die übrigen Fälle nach den Hauptsymptomen verzeichnet, sind folgende: 1 Stimmkrampf, 1 Asthenopie mit Augenmuskellähmung, 3 mal typische hysterische Krämpfe, 4 mal hysterische Extremitätenlähmung, 1 mal kataleptische Anfälle. Davon sollen einige kurz skizzirt werden.

Fall 7. Franz R., 16 Jahre alt. Hysterischer Respirationskrampf. Patient ist von Kind auf schwächlich, auffällig schreckhaft und furchtsam, nervös und gering begabt. In seinem 13. Jahre entstand plötzlich in der Nacht, nachdem der Junge am Tage einen Schrecken erlitten hatte, ein Krampfanfall, wobei Patient in starrer vorgebeugter Haltung ohne Unterbrechung schluchzende Töne ausstiess und etwas an Athemnoth zu leiden schien. Der Anfall dauerte einige Stunden. Mit Besserung dazwischen sind seither ganze Tage lang anhaltend diese Krämpfe vorhanden gewesen, nur Nachts besteht ruhiger Schlaf. Im letzten Sommer, als der Patient regelmässig ausging, war das Leiden ziemlich geschwunden, ist aber jetzt wieder in alter Stärke da. Patient bietet einen ziemlich kläglichen und verwahrlosten Eindruck, ist stark im Wachsthum und Aussehen hinter seinem Alter zurückgeblieben, verschüchtert und abgemagert, von mässig kyphotischer Haltung. Die Untersuchung ergiebt erhöhte Patellarreflexe und Dorsalfussclonus; Sensibilität, grobe Kraft und Bewegungen normal; desgleichen die inneren Organe. Während der ganzen Zeit stösst er anhaltend, etwa 10 mal in der Minute, schluchzende und gurgelnde Töne, jedoch ohne bemerbare Athembehinderung aus. — Die beabsichtigte Hypnosecur unterblieb wegen Indolenz der Eltern und in der nächsten Zeit trat keine Aenderung des Krampfes ein.

Fall 8. Adolph T., 26 Jahre alt. Hyster. periodische Lähmungen. Von Kind auf schwächlich und etwas kränklich, ohren- und augenleidend, vielfach Kopfschmerz, in der Schule nur mit Mühe durchgekommen. Mit 14 Jahren bemerkte Patient ganz plötzlich eines Morgens nach dem Erwachen, während er bei klarem Bewusstsein war, dass er seine Glieder nicht rühren und auch nicht rufen konnte. Eine Stunde später hatte er den freien Gebrauch von Gliedern und Stimme wiedergewonnen. Dieselbe Scene hat sich aber seither, meist mehrmals die Woche, unzählige Male wiederholt, jedoch mit dem Unterschied, dass bald nur die Beine, bald auch die Arme und der Kopf seinem Willen entzogen sind, um nach einer bis mehrere Stunden wieder mobil zu werden. Ist Patient einmal aufgestanden, so hat er tagsüber keine Schwierigkeiten mehr und kann mit Bequemlichkeit selbst weite Märsche und Bergbesteigungen ausführen. — Objectiv zeigt sich bei dem hageren, aber gesund aussehenden Manne nichts Besonderes; Sensibilität, Motilität und elektrisches Verhalten der Muskeln in Ordnung, auch psychisch macht er gerade keinen weichlichen und hypochondrischen Eindruck, und er besorgt sein Geschäft — er ist Agent — mit Energie.

Ich erwähne nur beiläufig einen analogen, ebenfalls weit in das Kindesalter zurückreichenden Fall bei einem 26 jährigen Mann; derselbe von pastösem blassen Aussehen, war von Kindesbeinen auf sehr nervös, von etwas mädchenhaftem Naturell, hypersensibel gegen Gemüthseindrücke und schon von den Knabenjahren her mit typischen hysterischen Krampfanfällen behaftet, wobei er um sich schlug und tobte, nicht selten auch das Bewusstsein verlor. Oefter überfällt ihn ganz plötzlich unterwegs Schwäche im rechten Bein, so dass er dasselbe stundenlang nachschleppt und nur mit vieler Mühe den Weg bis nach Hause zurücklegt. — Bezüglich der Morgenanfälle ist die folgende Beobachtung analog:

Fall 9. Jenny N., 29 Jahre alt. Kataleptische Anfälle. Keine Familienbelastung. Patientin ist als Siebenmonatskind geboren, daher von Anbeginn schwächlich, aber bis zum 12. Jahre normales Wachsthum. Sie war stets ein ungewöhnliches Kind, stille zurückgezogen, die Spiele der Geschwister zwar gerne mit vorbereitend, aber sich bei der Ausführung jeweils entfernend, weil sie das nicht ertragen köune. Geistig recht gute Entwickelung. Im 10. Jahre Masern und Scharlach ohne Residuen; mit 12 Jahren Chorea direct nach einem Schreck (oben erwähnt); seither erheblich im Wachsthum zurückgeblieben, besonders auffällig ist der kleine Kopf. Nach der Chorea sehr reizbar und explosiv, konnte es in keiner Schule aushalten; sehr bald Beginn von eigenthümlichen Anfällen, die jetzt seit etwa 15 Jahren sich ununterbrochen wiederholen; zunächst am Morgen, wenn die Patientin bereits aufgewacht ist, ist sie — meist Tag für Tag — ausser Stande sich zu regen oder auch nur die Augen zu öffnen, während sie ein dumpfes Gefühl im Kopf, Druck in der Magengegend empfindet und Alles wahrnimmt, was um sie herum vorgeht. Besondere Starre der Glieder wird dabei nicht bemerkt. Auch des Tags ereignen sich, vorzüglich in schlechteren Perioden, vielfach kürzere Anfälle der Art, wobei sie mitten in einer Beschäftigung Halt macht und minutenlang mit geschlossenen Augen, auch wohl etwas steifen Gliedern dasteht oder sitzt. Psychische Eindrücke wirken erheblich ein, und einmaliges kräftiges Elektrisiren mit dem Pinsel lässt die Anfälle eine Zeit lang sehr zurücktreten. Die Patientin ist sehr zart und sieht um 10 Jahre jünger aus; sie ist beinahe immer in hypochondrischer Weise mit ihrem körperlichen Befinden beschäftigt, dabei geistig lebhaft und intelligent.

Fall 10. Siegmund D., 16 Jahre alt. Hysterische Anfälle. Von Kind auf reizbar, schwächlich, klagt seit Beginn der Schulzeit über einen sehr hartnäckigen Hinterkopfschmerz. Mit 13 Jahren, als Patient auswärts in Antwerpen war, erlitt er an 5 aufeinanderfolgenden Tagen Krampfanfälle mit nachfolgender, mehrere Stunden dauernder Unfähigkeit zu sprechen bei passivem Daliegen und ausgeprägter rechtsseitiger Hemianästhesie. Seit der Rückkehr keine Wiederholung der Anfälle. Patient wird mir wegen des wieder vorhandenen Hinterkopfschmerzes und der allgemeinen Nervosität und Reizbarkeit, sowie weil er behauptet, nicht arbeiten zu können, vorgestellt; er macht einen schwächlichen Eindruck und sieht blass aus; aus der Untersuchung ist zu notiren, eine besonders grosse Empfindlichkeit bei Druck in die Tiefe neben dem vorderen Hüftbeinkamm (Correlat der Ovarie!). Nach einem Jahre kommt der Patient wieder, nachdem er gerade eine Cur nach Kneipp (in Weinheim) durchgemacht hatte. Die Güsse sind ihm schlecht bekommen, denn er ist eines Tags neben seinem Bett zusammengebrochen, fühlt sich jetzt kränker als früher, hat heftigen Schmerz auf dem Scheitel und wiederholt, bald rechts, bald links, halbseitige Schüttelkrämpfe von ¼ stündiger Dauer.

Fall 11. Margarethe W., 15 Jahre alt. Hysterische Krämpfe, Bluthusten. Von früher Kindheit körperlich schwach entwickelt, ziemlich verhätschelt und empfindlich. Schon im 10. Jahre magenleidend und bald nacher wegen Unfähigkeit zu gehen eine Zeit lang im Bett. Seit dem 12. Jahre von Zeit zu Zeit nervöse Anfälle, wobei die Patientin zunächst starr daliegt und abwesend scheint, dann sich stürmisch im Bett herumwirft. Nachts häufig unruhiger Schlaf. Reichliche Klagen über Kopf- und Gliederschmerzen, sowie Herzklopfen. Unregelmässige Menses seit einem Jahre. Vor Kurzem hat sie einen Esslöffel Blut ausgehustet. Sie sieht blass und dürftig genährt aus, zeigt eine recht schlaffe Körperhaltung; die sorgfältige Untersuchung ergiebt aber nichts Abnormes, speciell nicht an den Lungen, ebenso wenig haben andere Aerzte früher etwas

der Art constatirt, sodass der Verdacht berechtigt ist, dass es sich hier um eine sogenannte vicariirende Blutung gehandelt hat.

Die voranstehenden Beispiele werden genügen, um den Charakter der Hysterie, allerdings mehr aus der späteren Kindheitsperiode zu veranschaulichen. Viele weitere sind enthalten in einer noch stets wachsenden modernen Casuistik, in den Zeitschriften über thierischen Magnetismus (z. B. dem Archiv f. thier. Magn. von Eschenmayer, Rieser u. Nasse, Halle, Hemmerde u. Schwetschke) aus dem Anfang dieses Jahrhunderts, sowie in den Chroniken über die nervösen Kinderepidemien[12]). Im Grossen und Ganzen erkennen wir, dass die Hysterie der Kinder mit derjenigen der Erwachsenen übereinstimmt. Einigermaassen ist sie aber doch eigenthümlich, und zwar in folgenden Beziehungen: wesentlich nur bei ihr findet sich die Neigung zu den Hüpf- und Tanzbewegungen der Chorea magna, sodann zu den kataleptiformen Zuständen, welche man sonst bei uns nur selten zu sehen bekommt. Dabei mache ich aufmerksam, dass bei diesen undressirten Geschöpfen die eigentliche Katalepsie, d. h. Starre der Glieder in der Regel fehlt, ebenso wie die Unempfindlichkeit, dass es sich eben nur um vorübergehendes vollkommenes Verlorengehen der Herrschaft über die Glieder handelt oder aber um die Schwierigkeit der Wiedererlangung derselben nach dem Schlaf, wo sie eben physiologisch fehlt — ein Zustand, dessen Ausbildung, insofern er direct aus dem Wesen der Hysterie hervorgeht, besonders leicht erklärlich ist. Drittens ist auch die von der Hysterie der Männer bekannte Eigenschaft der ausserordentlichen Constanz mancher Symptome sehr bezeichnend, welche in mehreren Fällen so gut wie unverändert 10 und 15 Jahre anhielten. Am allermeisten fällt aber viertens der in der überwiegenden Zahl der Fälle hervortretende schwere Gesammthabitus auf. Während, wie oben kurz erwähnt, bei unserer Bevölkerung in drei- bis vierfacher Ueberzahl sich die Erscheinungen nur auf psychischem Gebiet abspielen, Einbildung von Schwäche, Herzneurosen mit Angst, vage Körperschmerzen etc. das Feld beherrschen, kommt es meist bei den Kindern gleich zu completen Lähmungen oder hartnäckigen Krämpfen und hysterischen Anfällen. Unsere Kinder nähern sich insofern dem Krankheitscharakter, wie er bei unseren romanischen und slavischen Nachbarn auch im reifen Alter dominirt, und wesentlich nur bei ihnen sehen wir in der Regel als Typus das Bild der „grossen Hysterie“.

Es liegt nahe, das von dem geringen Einfluss abzuleiten, welchen bei Kindern noch der Wille über die Bewegungsorgane erlangt hat.

Die Bedeutung der Autosuggestion auf dem Wege der Nachahmung bei Kindern, z. B. bei der Chorea, ist zu bekannt, als dass ich dabei zu verweilen brauchte, es mag nur ganz flüchtig ein sehr charakteristischer Fall bei einem 13jährigen Jungen erwähnt werden, dessen Vater an Compressionsmyelitis litt — dessen Geschwister übrigens ebenfalls hysterisch geworden sind — und der in treuer, wenn auch übertriebener Weise sowohl die Contracturen als die Zitterkrämpfe des Vaters nachahmte, sodass er die Diagnose hätte irre führen können. Wenn er so mit steifen Gliedern zitternd und bei jeder Berührung am ganzen Körper zappelnd dasass, konnte er an den Strychnintetanus der Frösche erinnern.

5) Psychische nervöse Symptome (Cerebralirritation). Ihr Rang und ihre Bedeutung in der Nervosität der Kinder ist sehr verschieden, je nachdem es sich um vorübergehende, vereinzelte oder um continuirliche, dauernde psychische Symptome handelt. Es herrscht hier einer der denkbar vollkommensten Gegensätze: im ersten Fall liegt grosse Häufigkeit, geradezu Tendenz bei Kindern vor; im andern gegenüber dem Verhalten bei Erwachsenen umgekehrt auffällige Seltenheit.

Bezüglich der passageren Störungen stehen oben an 1) die Fieberdelirien, 2) die Abnormitäten im schlafwachen Zustand in der Form des Pavor nocturnus, Somnambulismus und der manchmal Morgens oder unter Tags stundenlang nach dem Erwachen anhaltenden Zustände hallucinatorischer Verwirrtheit mit Angst und fehlender Orientirung, von welch letzteren ich selbst mehrere Fälle — ohne spätere Folgen geblieben — kennen gelernt habe. Ueber diese Dinge besitzen die Kinderärzte die maassgebende Erfahrung und sie sind auch von ihnen[13]) gründlich beschrieben worden.

Soviel ich davon gesehen habe, und damit stimmen auch die Kinderärzte überein, hängt das Alles mehr mit den Zuständen allgemeiner Anämie, auch wohl vorübergehender Kopfcongestion zusammen, doch sind mir auch Kinder mit starker erblicher Belastung vorgeführt worden, und dass bei vorhandener nervöser Disposition die Sache nicht immer harmlos im Sande verläuft, lehren die zwei folgenden Fälle, welche freilich Ausnahmen darstellen.

Fall 12. Fräulein Marie L., 23 Jahre alt. Mutter nervös, Patientin von früh auf reizbar, an Kopfschmerz, später an Trommelfellsklerose mit hartnäckigem Ohrensausen leidend. Schon in früher Kindheit unruhiger Schlaf, manchmal schlafwandelnd. Die letztere Erscheinung hat bis jetzt angehalten, so dass sie in den meisten Nächten aufsteht, die Gegenstände im Zimmer umwirft und morgens müde, abgeschlagen und verstimmt ist. Bromkali und Baldrian ist dagegen von gutem Erfolg.

Fall 13. Siegmund F., 18 Jahre alt. Mutter hysterisch, zwei Schwestern tuberculös. Patient selbst von schwacher Intelligenz, kleinem Schädel mit fliehender Stirn, im Wachsthum etwas zurückgeblieben, an scrophulöser Knocheneiterung leidend, stets von Gemüth reizbar, störrisch und heftig, dabei einsiedlerisch und scheu. Schon als Kind bestand vielfaches Aufschrecken aus dem Schlaf, späterhin seit dem 16. Jahre beinahe allnächtlich eigenthümliche hysteroepileptische Zufälle im Schlaf. Es erfolgen theils Dutzende von kleineren Attaquen, wo er nur unter Keuchen mit Armen und Beinen fuchtelt und strampelt und dann wieder mit geschlossenen Augen im Zimmer herumwandelt; dabei ist er aber durch Anrufen zu erwecken. Oder aber es kommt, jedoch ziemlich selten, zu förmlichen minutenlangen Zuckungen mit Schaumansammlung vor dem Munde, aus denen Patient nicht erweckt werden kann. Morgens Amnesie, am Tage Nichts dergleichen, wie überhaupt keine abnormen Erscheinungen ausser der psychischen Auffälligkeit. Die wenig consequent durchgeführte Behandlung (Bromkali, Bäder, Gymnastik, Elektricität) war ohne nennenswerthen Erfolg.

Einige Analogie mit dem vorstehenden merkwürdigen Falle hat eine Beobachtung Henoch's, wo Epilepsie mit Pavor nocturnus bei einem 10jährigen Mädchen alternirte.[14])

Hallucinationen und Zwangsvorstellungen sind die hauptsächlichen Repräsentanten der vorübergehenden psychischen Abnormitäten im wachen fieberlosen Zustand. Dass auch, abgesehen von den soeben citirten Zuständen bei Kindern Sinnestäuschungen, namentlich Gesichtshallucinationen viel öfter als bei Erwachsenen bei sonstiger geistiger Gesundheit sich ereignen, scheint die allgemeine Ueberzeugung der Aerzte zu sein. Dazu führt vor Allem die Neigung der Kinder zu Delirien bei Beginn und am Schluss der hysterischen Anfälle; geradezu epidemisch auftretend wurden sie bekanntlich bei der mittelalterlichen Tanzwuth gesehen und noch heute werden die meisten Historien von religiösen Wundererscheinungen von Kindern inscenirt. Auch sonst aber scheint es mir, nach gelegentlichen Erzählungen aus der Kinderstube, dass hier wirkliche Sinnestäuschungen nicht selten vorkommen im Zusammenhang mit der bekannten vielfachen Phantasieüberreizung der Kinder, jedoch wird den Aerzten nur selten darüber berichtet. Daher weist auch die Literatur nur verhältnissmässig wenig Fälle auf, welchen ich nur zwei hinzuzufügen vermag.

Fall 14. Ernst L., 8 Jahre alt. Vater hochgradig nervös nach früherem unregelmässigen Leben, Mutter an Tuberculose früh gestorben. Der Junge selbst gut begabt, sehr zart, lebhaft und eigenwillig, sehr schwer zu erziehen; frühreif, eifriger Märchenleser. Keine besonderen nervösen Klagen. Er hat an mehreren aufeinanderfolgenden Tagen, während er am Tische sass, eine ganze Anzahl bärtiger Männerköpfe mit und ohne Hut oder Mütze gesehen an der Wand und konnte deren Aussehen, Farbe des Bartes u. s. w. näher beschreiben; er ist aber darüber ängstlich geworden und giebt nur

12) Manches darüber findet sich bei Richer, Études cliniques sur la grande Hysterie, Paris 1885. Schon 1859 berichtet Briquet (traité clinique et thérapeutique d'hystérie, Paris 1859) über 66 Fälle von Hysterie bei Kindern unter 10 Jahren unter im Ganzen 426 Fällen von Hysterie.

13) z. B. Henoch, Vorlesungen über Kinderkrankheiten. Berlin 1887, p. 224; Soltmann in Gerhardt's Handb. d. Kinderkrankh. Band V.; Hesse, Ueber das nächtliche Aufschrecken der Kinder. Altenburg 1845.

14) In dem Handbuch von Féré, Les Epilepsies, Paris 1890, habe ich keine weiteren Aufschlüsse gefunden.

ungern Auskunft. Späterhin — ich kenne den Jungen jetzt seit zwei Jahren — sind keine derartigen, überhaupt keine nervösen Erscheinungen, mehr dagewesen.

Fall 15. Friedrich M., 10 Jahre alt. Mutter leidet an Kopfschmerz, eine Schwester nervös. Intellectuell gut beanlagter Knabe von ruhigem Naturell. Ein Jahr vorher nervöser Husten von mehrmonatlicher Dauer. Sah eines Tags hinter der Thüre einen Mann mit rothem Mantel und einer Hellebarde stehen, ist darüber erschrocken und davon gelaufen. In einer der nächsten Nächte zum ersten Male Schlafwandeln. Auch hier in den nächsten Jahren keine nervösen Symptome.

Ausser derartigen vereinzelten Hallucinationen kommen auch solche mit wiederholter periodischer Wiederkehr vor, wohl entschieden seltener, doch ist darüber etwas häufiger berichtet worden, wie die Zusammenstellung bei Emminghaus (l. c. p. 96) zeigt. Bedauerlicher Weise sind die Kenntnisse über die klinische Bedeutung des Phänomens ziemlich unvollkommene; es wäre wichtig, festzustellen, ob es wesentlich nur bei vorhandener nervöser Anlage erscheint, was ich bezweifle, und ob thatsächlich die gewöhnlich günstig gestellte Prognose aufrecht zu erhalten ist, eine Annahme, der ich selbst huldige.

Jedenfalls steht es in der Beziehung anders mit den Zwangsvorstellungen. Für sie besitzt aber auch umgekehrt das Kindesalter durchaus keine Vorliebe. Im Gegentheil, es fehlt hier beinahe ganz die gegenwärtig häufigste Form des Symptoms, dessen Kommen und Gehen man so überaus oft bei der Neurasthenie beobachtet, die krankhafte Furchtidee (Platzfurcht u. s. w.). Auch die Impulse und Ideen mit besonderem fremdartigen Inhalt, z. B. es werde Feuer aus dem Arme schlagen, wenn man aus dem Zimmer gehe, müsse ein Kind zum Fenster herausstürzen, wie man sie nicht minder bei Neurasthenikern noch verhältnissmässig häufiger antrifft, sind bei Kindern ungewöhnliche Dinge. Sie kommen freilich vor, und ein gutes Beispiel davon theilt Krafft-Ebing[15]) mit von jenem Gymnasiasten, der sich, bevor er an die Arbeit ging, jedesmal versichern lassen musste, dass er sie fertig bringen werde, ein Fall, der in Heilung überging. Die regulären Fälle sind das aber nicht; als solche kennen wir Zwangsvorstellungen und -impulse, welche auf dem Boden starker nervöser Anlage ruhen und gleich der Hysterie in's reifere Alter hinübergenommen werden. Meine eigenen Fälle habe ich freilich erst bei Personen gesehen, welche damals die Pubertät schon überschritten hatten.

Fall 16. Marie M., 16 Jahre alt. Mutter hysterisch und exaltirt, Vater als Morphinist gestorben. Das Mädchen selbst zart, stets blass, ist excentrisch und empfindlich, war auch als kleines Kind auffällig still und zurückgezogen; keine erheblichen Krankheiten. Weit in frühe Kinderjahre zurück reichen folgende Eigenheiten. Sie fühlt sich unbehaglich vor fremden Leuten; es kostet sie grosse Ueberwindung, mit unbedeckter Hand einen Gegenstand, z. B. eine Thürklinke anzufassen, welche vor ihren Augen ein Fremder berührt hat; an vielen Tagen mag sie um keinen Preis das Haus verlassen, weil sie der Gedanke verfolgt, es müsse ihr ein Unglück passiren, sie kehrt vier- bis fünfmal grundlos zurück, ehe sie wirklich geht und bricht bei Zwang oft in Thränen aus. Wenn sie im Gespräche ist, plagt sie häufig der Wunsch zu fragen, warum der Andere, so und nicht anders spreche, warum er gerade diese und keine andere Schleife angezogen habe. Manche Sätze, welche sie gelesen hat, verfolgen sie Tage lang in lästiger Weise. In der Schule stand sie wiederholt mitten im Unterricht auf und platzte z. B. mit der Frage heraus: „Herr Professor, wie geht's denn eigentlich Ihrer Tochter?" Sie blieb jeweils unbestraft, weil man sie für psychisch abnorm hielt. Sie ist übrigens zur Zeit oft angegriffen, leidet an schlechtem Schlaf und Kopfschmerz; die Stimmung ist reizbar und etwas gedrückt, die Intelligenz normal. Körperlich keine besonderen Störungen. Der krankhafte Drang hat sich seit der Pubertät eher gesteigert und wird besonders dadurch lästig, dass die Patientin zur Betheiligung bei geselligen Veranstaltungen nicht recht fähig ist.

Dem Vorliegenden ähnliche Fälle wurden mir aus der Erfahrung von Mädchenschullehrern mehrfach privatim berichtet. Uebrigens entwickelt sich der Zustand gerade in der Pubertätszeit bei Mädchen zugleich mit der Chlorose neu ohne vorausgegangene Störung, und gerade hier habe ich in 2 Fällen baldige Heilung erfolgen sehen.

Aus meiner früheren (Anstalts-) Thätigkeit stehen mir 2 Fälle in lebhafter Erinnerung, bei welchen ich allerdings nicht über die detaillirten Krankengeschichten verfüge.

[15]) Allgem. Zeitschr. f. Psychiatrie Bd. XXXV, p. 308.

Fall 17. v. G., Referendar, 26 Jahre alt. Vater excentrisch, Patient wegen periodischer Trunksucht zum zweitenmale in der Kahlbaum'schen Anstalt. Er ist ein begabter, geistig lebhafter Mensch, anregender und in den guten Zeiten gesuchter Gesellschafter. Sobald ihn der Raptus erfasst, lässt er seinen Dienst im Stiche, trinkt in völliger Einsamkeit und wird dann schliesslich gänzlich verwahrlost aufgegriffen. Er hat eine ausführliche und sehr interessante Selbstbiographie verfasst, aus der hervorgeht, dass er schon in frühen Knabenjahren seltsame Ideen gehabt hat, dass ihn namentlich, während er in den äusserlich glücklichsten Verhältnissen lebte, während er nicht in gedrückter Stimmung war, wie er selbst sagt, ohne wirkliches Motiv der Gedanke verfolgte, sich zu tödten, und zwar etwa schon vom 12. Jahre an; er hat damals eine giftige Arznei (Arsenik) heimlich bei Seite gebracht und lange mit sich herum getragen, aber erst im 20. Jahre in einer momentanen Anwandlung, ebenfalls ohne rechten Grund, einen wirklichen Selbstmordversuch gemacht, indem er aus dem dritten Stock eines Gasthofs in den Hof sprang, übrigens ohne viel Schaden zu nehmen. Erst von da an trat die periodische Trunksucht zu Tage.

In diesem Falle ist besonders die Hartnäckigkeit des so früh gefassten Selbstmordtriebes merkwürdig, während es sich sonst gewöhnlich bei Kindern dabei um momentane Impulse handelt.

Fall 18. Maria v. C., 15 Jahre alt. Ein ausgezeichneter Fall der Folie du doute avec crainte de toucher nach Legrand du Saulle[16]). Auch hier reicht die Abnormität weit in die Kindheit zurück. Zartes, aber körperlich gut entwickeltes Mädchen. Menses vorhanden. Besonders ausgeprägt ist die Berührungsfurcht. Die Patientin empfindet peinliche Beängstigung, wenn sie in fremder Hand gewesene Gegenstände berühren soll, meist bedeckt sie dieselben noch mit Schürze oder Kleid. Auch bei vielen anderen Handlungen fühlt sie innerlich etwas, das sie zurückhält; oft legt sie sich angekleidet in's Bett, versäumt das Waschen und ist nur unter vielen Thränen und in sichtlicher Angst dazu zu bringen. Sie ist sonst intelligent, von sanfter Gemüthsart; sorgfältig unterrichtet. Die Anstaltsbehandlung hatte eine gewisse Besserung in dem äusseren Benehmen zur Folge.

Am meisten charakteristisch sind die Zustände, wo die nervöse Ueberreizung das psychische Leben des Kindes mehr continuirlich und in weiterem Umfang ergriffen hat, die Cerebralirritation im engeren Sinne. Bei Erwachsenen sehen wir in solchen Fällen die schwereren Formen der Neurasthenie zu Stande kommen. Es ist bekannt, was wir da hauptsächlich beobachten: Angst, Beklemmungsanfälle, die verschiedenen pathologischen Furchtempfindungen, Schlaflosigkeit Gedächtnissschwäche — und je nachdem entweder agitirtes stürmisches oder häufiger gedrücktes stilles Wesen. Vielfach wenn die Stimmung sich anhaltend gedrückt gestaltet, sind hier die Uebergänge zur Melancholie fliessend: jedenfalls handelt es sich meist um Reizsymptome auf psychischem Gebiet. Dabei ist aber gewöhnlich die Intelligenz, die Fähigkeit zu geistiger Arbeit dem Allem gegenüber auffallend gut erhalten; nur tritt bald Erlahmung und Abspannung ein. Nur selten kommt es zu schweren körperlichen Symptomen, die z. B. an Apoplexie oder Epilepsie erinnern, ebenso selten sind reizarme Stupor- oder Torpiditätszustände, so dass man bei den letzteren alle Ursache hat, an der Diagnose Neurasthenie irre zu werden und eher an Hirntumor oder an eine der verschiedenen organischen Demenzformen zu denken. Unter vielen Hunderten von Neurasthenien habe ich eindeutige Fälle der Art nur ganz vereinzelt gesehen, wesentlich bei Greisen oder ganz jungen Leuten, und auch dann fehlten, obgleich die geistige Abstumpfung die Hauptklage war, nicht deprimirte Stimmung und andere Reizsymptome.

Gerade umgekehrt verhält sich die schwere Cerebralirritation der Kinder, und insoferne ist die Schilderung von Emminghaus sehr zutreffend. Hier überwiegt eben bedeutend die geistige Torpidität und der erste Eindruck der ausgesprochenen Fälle ist ganz entschieden der eines Hirntumors ohne Herderscheinungen. Merkwürdig selten sind hiegegen die Reizsymptome, namentlich Angst, deprimirte Stimmung und Jactation. Die Kinder sind stumpf und passiv, unendlich müde, apathisch, unfähig zu einer intellectuellen Beschäftigung, mit einem Worte geistig bankerott. Eventuell bestehen noch ziemlich heftige Kopfschmerzen und auffallend weite Pupillen, damit ist aber das Symptomenbild erschöpft. Ausgeschlossen müssen

[16]) Folie du doute avec délire de toucher. Paris, 1875, Monographie.

natürlich die Fälle werden, wo durch adenoide Wucherungen im Nasenrachenraum oder Nasenaffection anderer Art die Blutcirculation zum Kopf beeinträchtigt und ebenfalls das Bild geistiger Schwäche, Unfähigkeit zu geistiger Anspannung (Aprosexia nach Guye[17]) hergestellt wird. Charakteristisch ist dann ferner für die Fälle bei Kindern die sehr günstige Prognose: so schwer sie aussehen, so rasch bessern sie sich bei Fortfall der Ursache. Als solche dominirt geistige Ueberanstrengung in der Schule, dann Masturbation, besonders oft wirkt Beides zusammen; nervöse Anlage begünstigt jedenfalls den Eintritt des Zustandes, doch ist sie nicht erforderlich. Im Uebrigen stellt derselbe, wie schon oben erwähnt, doch nur eine höhere Stufe der Schulnervosität dar, und die Abgrenzung ist daher keine scharfe, so dass dabei das persönliche Gutdünken einigen Spielraum erhält.

Auch diese Formen passiver schwerer Cerebralreizung sind indessen doch seltenere Dinge. Eine statistische Feststellung und ein Vergleich mit den entsprechenden Verhältnissen bei Erwachsenen stösst aber gerade hier an ganz besondere Klippen, einmal weil, wie besprochen, die Verhältnisse im Kindes- und im reifen Alter nicht entsprechend, wenigstens nicht congruent sind, zweitens weil eben die Scheidung zwischen schweren und leichten Fällen zum Theil in der Willkür des Einzelnen liegt. Unter diesem Vorbehalt gebe ich folgende Zahlen, wobei ich natürlich so viel als möglich gleichmässige Grundsätze befolgt habe. Bei Erwachsenen fand ich unter 70 Neurasthenien und Hysterien je 8—12 schwere Fälle der vorhin bezeichneten Art; bei den Kindern unter gleichfalls 70 Fällen dagegen nur zwei ausgesprochene und zwei mässig schwere, also weniger als die Hälfte. Diese Ziffer würde noch viel kleiner ausfallen, wenn man die nicht eingezählten reichlichen Fälle gewöhnlicher leichter Schulnervosität mitberücksichtigt hätte.

Drei von den Kindern wurden mir übrigens nicht wegen subjectiver Beschwerden, sondern wesentlich wegen ihres geistigen Verhaltens, zwei davon auf specielles Betreiben der Lehrer zugeführt. Man bemerke dann noch, dass in meiner Statistik die schwere Cerebralirritation keine häufigere Krankheit als die Psychose im Kindesalter darstellt.

Fall 19. Oscar A., 12 Jahre alt. Der Vater ist ein begabter Maler, war schon wegen Nervosität bei mir in Behandlung und stottert. Der Knabe ist von mittlerer Begabung, lebhaftem freundlichem Temperament; normale Entwickelung, körperlich von kräftigem frischem Aussehen. Im December 1889 litt er an Influenza, wonach zunächst Kopfschmerz zurückblieb; bald nachher stellte sich ein 4 Wochen lang anhaltender, sehr heftiger trockener, für nervös erklärter Husten ein, der schliesslich binnen 8 Tagen verschwand, als das Kind in eine auswärtige Klinik gebracht worden war. Jetzt klagt er, nachdem er die Schule wieder einen Monat besucht hat, von Neuem über hartnäckigen dumpfen Kopfschmerz, beiderseits vorne in der Stirne. Besonders aber erregt Bedenken, dass er nur mit grosser Mühe dem Schulunterricht zu folgen vermag. Zu Hause erscheint er ganz im Gegensatz gegen früher völlig apathisch; während er früher gerade Leben in's Haus gebracht hatte, lässt er alle sonst beliebten Spiele und Beschäftigungen bei Seite, setzt sich stumm und kopfhängerisch in die Ecke, spricht nur einsilbig, klagt aber öfter über den Kopf; er ist stets gleichgültig, weder heiter noch ärgerlich und kaum im Stande seine Schulaufgaben auszuführen; dabei schlafsüchtig. Körperlich sieht auch jetzt der Junge frisch und etwas roth im Gesicht aus, die Untersuchung ergiebt nichts Abnormes, aber er macht einen eigenthümlichen stumpfen und benommenen Eindruck, spricht wenig und leise und giebt sogar auch über seine Beschwerden nur dürftige Auskunft; in seinen Gesichtszügen bekundet sich eine gewisse Spannung. Die Pupillen sind sehr weit, reagiren aber prompt, die Reflexe erhöht. — Ich habe hier entschieden mit an Hirntumor gedacht, aber zunächst dringend gerathen, den Jungen aus der Schule weg und ein bis mehrere Jahre zur Erziehung auf's Land zu bringen. Die Maassnahme war von eclatantem Erfolge. Schon in weniger als 2 Monaten war das Kind gänzlich hergestellt, munter wie früher und ist es bis jetzt (1½ Jahre) geblieben.

Fall 20. Johann Schr., 14 Jahre alt. Keine Heredität, früher gesund, mittlere Begabung, hat bis zum letzten Vierteljahre gut gelernt. Keine besonderen Krankheiten. In jüngster Zeit fiel zuerst dem Lehrer auf, dass der früher aufmerksame und eifrige Knabe plötzlich in seinen Leistungen zurückging, so dass er von seinem mittleren Platz auf den letzten unter den Mitschülern gerieth, oft wurde er über völliger Zerstreutheit ertappt und zeigte sich bei Verweisen und anfangs auch Strafen recht gleichgültig. Auch zu Hause neigte er zu unthätigem Brüten, hatte höchstens an nichtigen Spielereien Gefallen, die Schulaufgaben vernachlässigt er völlig und ist schwer zu grösserem Eifer anzutreiben, wobei er den Einwand hat, der Kopf schmerze ihn und er könne doch nichts fertig bringen. Bei der Untersuchung zeigt er sich als blassen, schmächtig gebauten Knaben und macht geistig einen schwerfälligen Eindruck, sonst ergiebt sich nichts Besonderes. Das ganze Verlaufsbild erweckt den Verdacht begonnener Masturbation, doch hat der Vater, wiewohl er darauf aufmerksam gemacht wurde, nichts dergleichen bemerkt und auch das Verhalten des Jungen bei directer Anfrage konnte die Vermuthung nicht bestärken.

Der dritte Fall bei einem 13jährigen Mädchen ist analog, doch ist die geistige Abnahme geringer gewesen, mehr Zerstreutheit und namentlich Angst mit Beben und Zittern beim Aufgerufenwerden in der Schule, Symptome, die früher fehlten, waren aufgefallen. Er gehört nicht ganz in die vorliegende Kategorie und ebenso der folgende:

Fall 21. Alfred F., 6 Jahre alt. Aeusserst zarter, schmächtiger, durchsichtig blasser Junge; vor 3 Jahren Scharlach ohne besondere Complicationen durchgemacht. Seit einiger Zeit schreckt er Abends vor dem Einschlafen beinahe täglich auf, spricht von schwarzen Männern, die ihn bedrohen, weint und jammert, weiss aber später nichts mehr davon (also Pavor nocturnus). Ausserdem aber hat das Kind sehr an Lebhaftigkeit eingebüsst, er ist viel stiller als früher, verschüchtert, spielt nicht mehr, meidet andere Kinder, hängt sich an die Mutter und ist aufgeregt und nervös. Dabei ist bemerkenswerth, dass er den Speichel zusammenlaufen lässt, ohne zu schlucken, doch wohl ein Zeichen von Stumpfsinn (jedenfalls beim Erwachsenen). Es gelang nicht, die Mutter zu bewegen, das Kind in Landpflege zu geben, und trotz Bromkali blieb der Zustand in der nächsten Zeit der gleiche. — In diesem Falle ist die geistige Abstumpfung wohl ohne Schwierigkeit auf die schwere allgemeine Anämie zurückzuführen und kaum als cerebrale Ueberreizung aufzufassen.

In beiden letzteren Fällen stehen übrigens die Reizsymptome, besonders der Angst, vor der Torpidität im Vordergrunde und letztere tritt dafür zurück; sie ähneln dadurch mehr der Neurasthenie der Erwachsenen, nur fehlen bei der Angst die eigentlichen Anfälle und sie wird noch weniger als beim Erwachsenen substantiirt, es ist eigentlich nur „Aengstlichkeit“, die eben wohl auch nie so überwältigend wie bei jenem wird.

Die Uebersicht über die Nervosität im Kindesalter, welche wir hiermit beschliessen, hat ein eigenthümliches Bild ergeben. Kleidet man es in die technischen Benennungen der Systematik, so fehlt bei Kindern die Neurasthenie im eigentlichen Sinne, wie sie bei Erwachsenen dominirt, obwohl auch bei ihnen die reizbare Schwäche in Gestalt der nervösen Disposition eine weitgreifende Ausdehnung erreicht. Dafür findet man wesentlich nur bei ihnen die häufige Krampfform der Chorea und die Hysterie tritt relativ öfter und durchschnittlich mit schwererem Symptomenbild auf. Ein besonderes Gepräge hat endlich sowohl die passagere als die andauernde Form der Cerebralirritation.

Suchen wir dann die allgemeinen Züge festzuhalten, so frappirt zunächst ätiologisch die ausserordentlich grosse Bedeutung der nervösen Anlage für einen grossen Theil der Allgemeinneurosen; ihr klinischer Charakter war als Erethismus und psychische Hyperästhesie aufzufassen, während ein primärer Torpor ohne Schwachsinn fehlt.

Es trat zweitens die Tendenz zu sensomotorischen Krampf- und Lähmungssymptomen hervor, ein Verhalten, das schon von Maudsley als Convulsibilität bezeichnet und gewürdigt wurde.

Bezüglich der psychischen Reizerscheinungen war ebenso sehr die Neigung zu passageren Störungen zu notiren, wie die Seltenheit solcher von continuirlicher Dauer oder mit beständiger Wiederholung. Wenn es aber zu letzteren kommt, so haben sie die Merkmale tiefgehender Erschöpfung und Lähmung, des Torpors an sich.

Dieselben Gesetze walten bei der eigentlichen psychischen Alienation im Kindesalter, mit der wir uns jetzt beschäftigen, und welche uns auch zu einer Theorie derselben führen wird.

---

[17]) Guye, Deutsche med. Wochschr. 1887, No. 43, und ebenda 1888, No. 40.

Aus der kgl. chirurgischen Klinik des Herrn Hofrath Prof. Dr. Schoenborn zu Würzburg.

5 Fälle von Pylorusresection.

Von Dr. *Wilhelm Hasslauer.*

(Schluss.)

Im Anschluss hieran möchte ich gleich über zwei im Jahre 1887 von Herrn Hofrath Prof. Dr. Schoenborn ausgeführte Pylorusresectionen wegen Carcinom berichten:

1) 45jährige Patientin, die seit März 1886 Magenbeschwerden zeigte, die sich in Schmerzen in der Nabelgegend, Aufstossen etc. äusserten. Seit Herbst 1886 hatte Patientin Schmerzen bei rechter Seitenlage und erbricht seit dieser Zeit. Im Erbrochenen war nie Blut, der Stuhlgang oft pechschwarz. Die im Allgemeinen kräftige Frau war ziemlich abgemagert. Ueber dem Nabel ein circumscripter, länglicher Tumor von Wallnussgrösse, höckerigem Bau, der auf Druck schmerzte und verschiebbar war. Operation am 4. Juni 1887. 10 cm langer Schnitt in der Linea alba. Der Tumor ist von Netz überlagert, gehört dem Pylorus an und ist mit dem Colon transvers. fest verlöthet. Der Tumor ist doppelt so gross, als er gefühlt worden war. Das Netz wird an der grossen und kleinen Curvatur doppelt unterbunden und durchschnitten. Die Lösung vom Colon gelingt ohne erheblichen Blutverlust ziemlich leicht. Der Magen wird von links oben nach rechts unten neben der Geschwulst durchtrennt und sofort von der kleinen Curvatur aus Occlusionsnaht (doppelte Etagennähte) angelegt. Dann erst wird der Magen vollends durchtrennt. Ligatur der Arteria coronaria. Hierauf wird das Duodenum mit einer Klemme gefasst und neben derselben durchtrennt. Vereinigung des Duodenums mit der grossen Curvatur. An der hinteren Wand werden innere Nähte durch Mucosa und Muscularis gelegt. Alsdann äussere Nähte durch die Serosa. Auf diese Weise wird der ganze Ring durch doppelte Etagennähte durch Seide geschlossen. Ziemliche Spannung der vernähten Theile. Dauer der Operation 3 Stunden. Das resecirte Stück war 8 cm lang und zeigt oberflächlich ulcerirte, carcinomatöse Wucherung. Mikroskopische Diagnose: Carcinoma destruens. Am 21. Tag stand Patientin zum erstenmal auf, nachdem sie schon einige Tage vorher Fleisch genossen hatte. Am 35. Tag wird Patientin entlassen. Nach einem Brief vom 15. März 1888 befindet sie sich noch vollständig wohl. Patientin starb im Juli 1888 an einem binnen wenigen Wochen ad exitum führenden Recidiv in ihrer Heimath. Die Section wurde dem behandelnden Arzt verweigert.

2) 26jähriger Mann, der seit März 1887 an hartnäckiger Stuhlverstopfung, Schmerzen in der Magengegend, Sodbrennen, saurem Aufstossen, fast täglichem Erbrechen nach der Mahlzeit mit Blut im Erbrochenen leidet. Hochgradige Abmagerung. In der Mammillarlinie rechts am Rippenbogen in der Tiefe ein kleiner, beweglicher Knoten. Die Diagnose wurde auf Gastritis chronica mit Gastrectasie gestellt. Einige Tage später war die Geschwulst an jener Stelle verschwunden und zeigte sich nun links von der Mittellinie, hart und uneben. Die neue Diagnose lautete nun auf Carcinoma pylori. Operation am 14. Juli 1887. Schnitt in der Linea alba. Der Tumor gehört dem Pylorus an und ist hinten mit dem Pankreas verwachsen. Im grossen Netz und an der kleinen Curvatur carcinomatös entartete Drüsen. Ablösen des grossen Netzes, dann des Pankreas, der an der Verlöthungsstelle verdächtig aussieht und deshalb abgebunden wird, hierauf mit dem Thermocauter durchbrannt wird. Hierbei rutschte die Seidenligatur ab und es entstand eine ziemliche Blutung aus dem Pankreas, das nun in zwei Partien unterbunden wurde. Ablösen der kleinen Curvatur. Assistentenhände verschliessen Magen und Duodenum, Resection des Pylorus. Occlusionsnaht an der kleinen Curvatur durch Serosa und Muscularis. Zwischen diesen Nähten je eine Lembert'sche Naht. Vereinigung des Duodenums mit dem Magen zuerst an der hinteren Seite durch Serosanähte, vorn durch Serosa und Lembert'sche Nath. Dauer der Operation 3 Stunden. Tod des Patienten 2½ Stunden nach der Operation an Collaps. Mikroskopische Untersuchung des Tumors ergab Scirrhus.

Uebersehen wir noch einmal die ausgeführten 5 Pylorusresectionen, so sehen wir, dass 3 tödtlich verliefen. Im 1. Falle trat der Tod am 8. Tage an Collaps ein. Aus dem Sectionsberichte ergiebt sich, dass die Lage des Magens derart war, dass die kleine Curvatur senkrecht nach abwärts verlief und 16 cm über der Symphyse nach oben winkelig geknickt war. An der kleinen Curvatur fand sich ein Defect von linearer Gestalt. Im 2. Falle trat am 5. Tage der Tod ein an Peritonitis, ausgehend von der in der Tiefe gangränös gewordenen Bauchdeckenmusculatur. Im 3. Falle trat der Tod wenige Stunden nach der Operation an Collaps ein. Die Nähte schlossen vollständig in allen 3 Fällen. Die beiden übrigen Fälle verliefen günstig. In einem Falle lagen nach 4 Monaten noch äusserst günstige Nachrichten vor, im anderen Falle starb die Patientin nach 13 Monaten an Recidiv.

Makroskopischer Befund zum 1. Fall. Der Tumor mass auf der oberen Fläche 11 cm im frontalen, 8 cm im sagittalen Durchmesser, auf der unteren Fläche 10½ cm im frontalen, 8½ cm im sagittalen Durchmesser. An der Vorderseite und Rückseite je eine Perforation im harten, starren Carcinomgewebe. Serosa glatt, frei. An der erkrankten Stelle ist die Magenwand 2—3 cm dick, in der Umgebung nicht verdickt. Schleimhaut am Schnittrand leicht geschwellt, hyperämisch, Carcinom selbst ulcerirt.

2. Fall. Der Tumor mass an der grossen Curvatur ungefähr 7 cm, an der kleinen ungefähr 5 cm. Die Magenwand war im Ganzen nur wenig verdickt und etwas hyperämisch. Carcinom selbst ulcerirt.

3. Fall. Das resecirte Stück misst an der kleinen Curvatur 12 cm, an der grossen Curvatur 4 cm. Der Pylorus ist kaum für die Fingerkuppe des kleinen Fingers durchgängig. Die Magenwand ist hauptsächlich gegen die kleine Curvatur hin stark verdickt, weniger verdickt an der grossen Curvatur. Die Schleimhaut ist allseitig stark gewulstet. Die Duodenalwand ist gleichmässig verdickt, zeigt die nämliche Dicke wie die Magenwand an der grossen Curvatur. Auch hier ist die Schleimhaut stark gefaltet. In der Mitte des Tumors fehlt die Schleimhaut und finden sich Ulcerationen.

Der mikroskopische Befund ergab in sämmtlichen 3 Fällen Adeno-Carcinom.

Hiebei sei noch bemerkt, dass, trotzdem sämmtliche Schnitte vollständig im makroskopisch gesund aussehenden Gewebe geführt wurden, die Schnittränder sich mikroskopisch betrachtet erkrankt zeigten.

Im Folgenden erlaube ich mir nun, eine kurze Uebersicht über die an der hiesigen Klinik geübte Operationstechnik anzuschliessen:

Mehrere Tage vor der Operation Untersuchung in Narkose, um die Ausdehnung des Carcinoms und den Grad seiner Beweglichkeit zu bestimmen. Mehrere Tage vor der Operation mehrmals täglich und dann noch einmal am Morgen unmittelbar vor der Operation wird eine Magenausspülung mit sterilem Wasser vorgenommen.

Die Operation wird folgendermaassen ausgeführt:

Nach gehöriger Desinfection des Operationsfeldes beginnt der Bauchschnitt, die Operation. Derselbe wird in der Medianlinie gemacht. Bevor die Peritonealhöhle eröffnet wird, hat eine sorgfältige Blutstillung stattzufinden.

Nachdem man sich über die Ausbreitung der Geschwulst, bestehende Verwachsungen und Metastasen hinreichend orientirt hat, beginnt die vollständige Isolirung des zu excidirenden Pylorus und des angrenzenden Magen- und Duodenalantheiles. Dies geschieht in der Weise, dass in der Ausdehnung des Tumors grosses und kleines Netz schrittweise mit Catgut doppelt ligirt werden. Zwischen den Doppelligaturen wird dann das Netz durchschnitten. Unter dem vorgezogenen Magen wird die Bauchhöhle durch Schwämme bezw. Jodoformgaze abgeschlossen. Nun folgt die eigentliche Resection des erkrankten Theiles. Neben der Geschwulst wird im makroskopisch Gesunden der Magen eröffnet, ebenso das Duodenum incidirt. Es wird die Continuität von Magen und Duodenum vorläufig erhalten, bis durch Occlusionsnähte von der kleinen Curvatur her die Oeffnung im Magen soweit verkleinert ist, dass sie dem Lumen des Duodenums entspricht. Die Occlusionsnaht wird durch Einstülpung gemacht. Es werden immer zwei Nahtreihen angelegt, zuweilen sogar drei. Bevor dann vollständig durchtrennt wird, werden die Magenwandungen zwischen den Fingern comprimirt gehalten. Bevor der Tumor vom Duodenum getrennt wird, wird dasselbe durch provisorische Ligatur oder durch Halten mit den Händen am Entschlüpfen verhindert. Nach sorgfältiger Blutstillung werden Magen- und Duodenallumen durch provisorisches Einlegen von Gaze verschlossen. Damit ist die Resection des carcinomatösen Pylorus beendet und es folgt nun die Vereinigung von Magen und Duodenum. Mit der Naht wird an der Hinterseite begonnen, dieselbe wird in zwei Etagen vorgenommen. Bei der ersten Naht wird Schleimhaut und Muscularis, ausserdem nur durch Serosa und Muscularis durchgestochen. Die Knoten der ersten Etage liegen nach der Magenhöhle hin bis auf die letzten

Nähte. Ueber die erste Etage wird eine zweite, ebenfalls Serosa und Muscularis fassende Einstülpungsnaht (Lembert'sche Naht, Knoten nach Aussen) vorgelegt. Allenfallsige in der Umgebung sich infiltrirt anfühlende Drüsen werden entfernt. Sorgfältiges Abtupfen des Operationsfeldes, keine Irrigation, Naht des Peritoneums, der Musculatur und Haut mit einreihiger Seidennaht. Antiseptischer Verband. Für gewöhnlich wird das Duodenum an die grosse Curvatur angehängt, nur in einem Falle erforderten es die Umstände, dass das Duodenum wegen allzugrosser Spannung an die kleine Curvatur geheftet wurde.

Am ersten Tag ist unbedingte Diät geboten. Verordnet wird Einlauf von Rothwein oder Bouillon mit Eiern. Ausser einigen Eisstückchen nichts per os. Abends Morphium. Vom zweiten Tage ab alle halbe Stunde einen Kaffeelöffel eiskalte, zuvor gekochte Milch. Mit der Verabreichung der Milch wird allmählich gestiegen bis zu 2 Liter pro die. Nach vier bis fünf Tagen Verabreichung von Beeftea (pro die aus 1 kg Ochsenfleisch) esslöffelweise. Später wird consistentere Nahrung gegeben, Hachée, Albert-Cakes (eingetaucht in Rothwein) und ähnliche leicht verdauliche Speisen.

Zum Schlusse ist es mir eine angenehme Pflicht, meinem hochverehrten Lehrer, Herrn Hofrath Prof. Dr. Schoenborn, für die gütige Ueberlassung des Materials meinen besonderen Dank auszusprechen.

Referate u. Bücher-Anzeigen.

C. Credé und G. Leopold: Lehrbuch der Geburtshilfe für Hebammen. Im Auftrage des königl. sächsischen Ministeriums des Innern bearbeitet. Leipzig, S. Hirzel, 1892.

Ein Lehrbuch der Geburtshilfe für Hebammen sieht heutzutage ganz anders aus als vor 10 oder 15 Jahren und ein Geburtshelfer und Hebammenlehrer von vor 50 Jahren würde vollends seine „Kunst“ gar nicht mehr erkennen. Ein modernes Hebammenbuch muss in der Darstellung der Antiseptik und in der Betonung ihrer Wichtigkeit zur Verhütung des Kindbettfiebers culminiren. Wer selbst Hebammen zu unterrichten hat, weiss, dass die Lehren der Antiseptik nur dann bei den Schülerinnen Eingang zu finden vermögen, wenn alle Tage immer und immer wieder die Antiseptik in den Vordergrund gestellt und ihr Einfluss auf die Gesundheit der Wöchnerinnen täglich den Schülerinnen vor Augen gerückt wird.

Wer die verdienstvollen Arbeiten Leopold's auf dem Gebiete der Antiseptik kennt, der weiss, bevor er das vorliegende Buch in die Hand nimmt, dass dasselbe die Hauptaufgabe eines Hebammenlehrbuchs voll und ganz erfüllt. Als die Antiseptik auch in den Hebammenschulen Einführung fand, glaubte man Anfangs, dass durch die Durchführung der gegebenen Vorschriften die Hand der Hebamme gefeit sei und der Hebamme mehr erlaubt werden könne als bisher. Ja man gieng so weit, dass an manchen Schulen den Hebammen die Entfernung der Nachgeburt mit der Hand aus dem Scheidengewölbe nicht nur gestattet, sondern sogar vorgeschrieben wurde. Heutzutage ist man glücklicher Weise von dieser Vertrauensseligkeit zurückgekommen, und man sieht jetzt jede innere digitale Untersuchung während der Geburt als einen Eingriff an, der — auch wenn die Hand nach allen Regeln gewissenhaft gereinigt ist — schwerwiegende Folgen für die Gesundheit der Wöchnerinnen haben kann. Desshalb wird in der vorliegenden 5. Auflage des sächsischen Lehrbuchs das innere Untersuchen — das Touchiren, auf das früher bei der Hebammen-Ausbildung das meiste Gewicht gelegt wurde — so wenig als möglich mehr gestattet. Es ist ein grosses Verdienst Leopold's, darauf hingewiesen zu haben, dass die innere Untersuchung für viele Fälle vollkommen durch die äussere Untersuchung ersetzt werden könne. Das sächsische Lehrbuch legt daher ein Hauptgewicht auf die letztere, deren Vornahme eingehende Darstellung findet.

Leopold schreibt zur Ausführung der äusseren Untersuchung vier Griffe vor, die hier kurz angeführt werden mögen.

Erster Griff: Beide Hände werden mit ihren Fingerspitzen aneinandergeschoben, dann die Handflächen quer auf die Bauchdecken gelegt; hierauf gleite man sanft mit den gleichmässig aufliegenden Handflächen über die schwangere Gebärmutter hin nach oben bis zu deren Grunde und bestimme die Lage derselben im Verhältniss zu Nabel und Herzgrube. Mit diesem Griffe fühlt man zugleich, ob das Kind gerade oder quer, ob im Grunde der Kopf oder der Steiss liegt, wie gross das Kind und wie weit die Schwangerschaft vorgerückt ist.

Zweiter Griff: Beide langgestreckte Hände gleiten von der Herzgrube aus nach den Seiten des Bauches und legen sich flach auf die Längenseiten der Gebärmutter; unter der einen Hand wird man die kleinen Theile, und der anderen die grosse lange Walze fühlen, die dem kindlichen Rücken entspricht.

Dritter Griff: Die rechte oder linke Hand spreize die Finger so weit wie möglich aus einander und umschliesse mit dem Daumen und der Spitze des Mittelfingers nahe über dem Beckeneingange den vorangehenden Kindestheil — man erkennt dann den Kopf oder den Steiss. Fühlt man Kopf oder Steiss bei lebendem Kinde undeutlich und weicher als gewöhnlich, so denke man daran, dass die Nachgeburt im unteren Gebärmutter-Abschnitte liegt. Fehlt ein vorliegender Theil, so suche man nach dem Kopfe in der Seite der Gebärmutter. Es gelingt dies fast immer dadurch, dass man mittels der Finger der einen Hand die Gebärmutter mit kurzen Stössen sanft beklopft.

Vierter Griff: Man stellt sich so an die Seite des Bettes, dass man dem Gesichte der Gebärenden den Rücken zuwendet. Oberhalb der Weichen dringe man mit den Fingerspitzen beider Hände langsam und sanft an den Seiten des Beckens in die Tiefe. Bei tiefstehendem Kopfe fühlt man deutlich, dass ein harter runder Kindestheil das Becken voll einnimmt und man kann die mehr vorgewölbte Stirn des Kopfes in der einen Seite von dem mehr flachen Nacken in der entgegengesetzten Seite gut unterscheiden.

Alle diese Griffe sind durch Abbildungen trefflich illustrirt. Wir hielten es für nothwendig, die Vorschriften möglichst nach dem Wortlaut der Verfasser wiederzugeben, um die Wichtigkeit der äusseren Untersuchung und die Möglichkeit, hiedurch das vielfach unnöthige innere Untersuchen zu vermeiden, auch den Aerzten vor Augen zu führen.[1] Besonders wichtig erscheint der vierte Griff für die Beurtheilung des Fortganges der Geburt, weil man mittelst desselben das Vorrücken des Kopfes in's kleine Becken genau controliren kann.

So lange die so ausgeführte äussere Untersuchung ein regelmässiges Verhalten ergiebt und die Geburt regelmässigen Fortgang nimmt, ist eine innere Untersuchung zu vermeiden. Eine solche ist nach Leopold's Vorschrift erst vorzunehmen, wenn die Blase springt. Ganz besonders betont wird hiebei, dass Zerrungen, Erweiterungsversuche des Muttermundes und ähnlicher Unfug vermieden werden.

Was die übrigen Theile des Lehrbuchs betrifft, so wird der Leser vielleicht manchmal die Darstellungsweise zu knapp und kurz finden. Dies ist hier gar kein Nachtheil. Den Hebammen muss der Lehrstoff in möglichst kurzer und leicht verständlicher Form in die Hand gegeben werden. Wo einmal die Darstellung zu knapp werden sollte, da muss die vox viva des Lehrers eintreten.

Ferner berührt es bei der Lektüre des Lehrbuchs sehr wohlthätig, dass die Thätigkeit der Hebamme überall in die richtigen Schranken gewiesen und als eine vorwiegend beobachtende, Schädlichkeiten nach Möglichkeit verhütende dargestellt ist.

Der Stoff ist übersichtlich geordnet und die Diction eine klare, leicht verständliche. Ebenso sind die Abbildungen klar und deutlich, vielleicht an Zahl etwas gering.

Wir glauben, dass der Hauptzweck des Hebammen-Unter-

---

[1] Inzwischen sind die Vorschriften über die geburtshülfliche Untersuchung unter dem Titel: „Die geburtshülfliche Untersuchung; kurze Anleitung für Aerzte, Studirende der Medicin, Hebammen und Hebammenschülerinnen“, von Credé u. G. Leopold, Leipzig 1892, S. Hirzel — gesondert erschienen.

richts, die Einschränkung des Kindbettfiebers, durch das vorliegende Lehrbuch erreicht wird, und es kann dasselbe zur Benützung an Hebammen-Lehranstalten nur dringend empfohlen werden. Aber auch zur Lektüre der Aerzte und ganz besonders der Amtsärzte, denen der weitere Unterricht und die Ueberwachung der Hebammen nach deren Entlassung aus der Schule obliegt, kann die Lektüre des Buches nicht genug empfohlen werden. Stumpf.

v. Esmarch und Kowalzig: Chirurgische Technik. Ergänzungsband zum Handbuch der kriegschirurgischen Technik, enthaltend die übrigen Operationen. Kiel und Leipzig, Lipsius und Tischer, 372 S. mit 520 Holzschnitten, 1892.

Der Gedanke Esmarch's, die chirurgischen Operationen nicht durch langathmige Beschreibungen, sondern durch klare Abbildungen zu verdeutlichen, hat sich in seiner kriegschirurgischen Technik auf's Glänzendste bewährt. Im Interesse der Kürze mussten naturgemäss in einem solchen Werke alle diejenigen Operationen, welche dem Arzt im Kriege wohl nie vorkommen, ausgelassen werden. Mit dankbarer Freude begrüssen wir es umsomehr, dass v. E. in Gemeinschaft mit seinem früheren Assistenten Kowalzig auch die übrigen Operationen in der ihm eigenen prägnanten Weise beschrieben und verdeutlicht hat. Das vorliegende, mit zum grössten Theil von Kowalzig herrührenden Abbildungen überaus reich ausgestattete Werk dürfte sowohl dem Fachchirurgen als dem practischen Arzt eine hochwillkommene Gabe sein. Es genügt oft ein Blick auf die betreffenden Abbildungen, um den Gang auch complicirter Operationen in ausgezeichneter Weise zu veranschaulichen. Auf 372 Seiten werden die Operationen am Kopf, am Hals, an der Brust, am Bauch und am Becken abgehandelt. Als besonders gelungen möchte Ref. die Capitel über plastische Operationen, über Operationen an den Kiefern und am Magendarmapparat bezeichnen. Die Schreibweise ist überall, dem Motto des Werkes entsprechend, kurz und bündig, die zum grössten Theil schematisch gehaltenen Abbildungen von einer seltenen Anschaulichkeit; nur den rein anatomischen Figuren wäre hin und wieder eine grössere Genauigkeit zu wünschen.

Das Werk sei zum Studium und zum Nachschlagen auf's Wärmste empfohlen. Krecke.

De l'Entérite chronique paludéenne ou diarrhée de cochinchine, par M. le Dr. L. de Santi, Médecin-major. — Paris 1892. Rueff & Co.

Die Erkrankungen des Tractus intestinalis stehen unter den Tropenkrankheiten mit in erster Reihe, sowohl wegen der Häufigkeit derselben, als auch wegen der schlimmen Prognose. In der geographischen Pathologie finden wir bestimmte Gegenden als hervorragend gefährlich in dieser Beziehung aufgeführt, und darunter geniesst besonders Cochinchina stets einen schlechten Ruf. Diese Thatsache wird auf's Neue bestätigt durch das Werk des französischen Collegen, welcher während der Expedition in Tonkin reichliches Material über die Cochinchina-Diarrhoe, an welcher Verfasser selbst erkrankt gewesen, gesammelt und dasselbe nun sorgfältig bearbeitet, mit gewissenhafter Benützung der einschlägigen Literatur (sowohl der französischen als auch der übrigen) den betheiligten Kreisen vorlegt.

De Santi kommt durch pathologisch-anatomische Untersuchungen, histologische Studien und klinische Beobachtungen mit dem ganzen Aufgebot der heutigen Hilfsmittel zu dem Schlusse, dass die Cochinchina-Diarrhoe nur eine Form der chronischen Dysenterie sei und folgert, dass diese beiden Krankheiten in jenen Ländern, welche als bösartige Malariaherde gelten, nichts anderes seien, als eine indirekte Folge der Durchseuchung mit dem Sumpfgift. Wie die Aetiologie, werden auch Symptomatologie und Therapie durchaus sachgemäss behandelt.

Das Angeführte würde allein schon hinreichend sein, das Werk allen Aerzten, welche Veranlassung haben, sich mit Tropenkrankheiten näher zu beschäftigen, angelegentlich zu empfehlen; aber der Verfasser bringt uns noch weit mehr: nämlich eine Fülle von schätzenswerthen Angaben über Malaria überhaupt, sowie auch treffliche Grundsätze über die gesammte Hygiene in den Tropen. Zwar berücksichtigt der Autor zunächst nur Cochinchina, doch kann der Referent gemäss seiner Erfahrung bestätigen, dass vieles davon auch für andere Tropengegenden zutrifft und allgemeine Geltung hat. Paster.

Vereins- und Congress-Berichte.

Verein für innere Medicin zu Berlin.

(Originalbericht.)

Sitzung vom 23. Mai 1892.

Vorsitzender: Herr Orthmann.

Vor der Tagesordnung: Herr **Rosenbaum** stellt einen Fall von symmetrischer Asphyxie oder symmetrischer Gangrän vor.

Tagesordnung: 1) Die Discussion des Vortrages des Herrn **Blaschko: Ueber Paraffinembolie der Lungen bei intramusculären Quecksilberinjectionen** wird vertagt.

2) Discussion des Vortrages des Herrn **Zarniko: Ueber einige seltene Neubildungen der Nase** mit Demonstration mikroskopischer Präparate.

Herr Scheinemann bestätigt die Seltenheit der erwähnten Geschwulstformen. Er hat ebenfalls 2 Fälle beobachtet, von denen sich der eine noch dadurch auszeichnete, dass er in seinem Innern zwei grosse Cysten mit ziemlich festem schleimigen Inhalt hatte.

Herr Zarniko möchte nur die gestielt aufsitzenden Geschwülste als Polypen bezeichnen. Alles Andere je nach seiner histologischen Structur.

3) Discussion des Vortrages des Herrn **v. Noorden: Ueber den N-Haushalt der Nierenkranken.**

Herr Baginsky: Kaum ein Gebiet in der Kinderheilkunde ist so wenig bekannt wie die Nierenkrankheiten. In einigen Fällen ist es mir gelungen, genügende Mengen Harn zu erhalten und ich habe in erster Linie darüber Untersuchungen angestellt, in welcher Beziehung die Function der Niere bei einer acut eintretenden Nephritis im Stich lässt, und zwar handelt es sich um acute Fälle von Nephritis bei Scarlatina. Es zeigte sich ein gewisser Defect der Stickstoffausscheidung, der sich an manchen Tagen bis auf 2,9 g belief. Die Kinder wurden während der Untersuchungszeit auf absolute Milchdiät gesetzt. Dieser Defect tritt schon frühzeitig ein, ist jedoch nicht so bedeutend, als man erwarten könnte: tritt Fieber oder andere Complicationen ein, so wird mehr Stickstoff ausgeschieden.

Ich habe dann einen Fall mit Vitium cordis untersucht, bei dem es sich um Stauungsniere handelte. Auch hier wurde ziemlich früh eine gewisse Menge Stickstoff retinirt; trat Fieber ein, fand eine grosse Ausscheidung statt. Ich habe dann versucht, die Form festzustellen, in der der Stickstoff ausgeschieden wird. Wesentliches ist nicht dabei herausgekommen, die Ausscheidung der Extractivstoffe, des Eiweissstickstoffes etc. geht immer analog dem Harnstoffstickstoffe. Eine weitere Frage, die ich mir vorlegte, war die, wie besorgt die Niere die Ausscheidung, wo beginnt der Defect? Ich gab je einem gesunden Kinde, einem auf der Höhe der Nephritis stehenden und einem der Reconvalescenten 0,1 Jodkali und controllirte von viertel zu viertel Stunde die Ausscheidung. Beim gesunden Kinde begann die Ausscheidung des Jodkali eine halbe Stunde nach der Aufnahme und war nach 24 Stunden beendet, das reconvalescente Kind schied eher noch etwas rascher aus, während die Ausscheidung bei dem kranken Kinde erst 5/4 Stunden nach der Aufnahme begann und auch später aufhörte. Das beweist, dass die kranke Niere schwerer functionirt und man kann sich erklären, dass ein Kind, welches seine gewöhnliche Nahrung bekommt, immer etwas von dem gebotenen Stickstoff zurückbehält, und diese Menge durch Summirung immer grösser wird. Es würde sich vielleicht empfehlen, die Stickstoffzufuhr von Zeit zu Zeit zu beschränken, um dem Körper Zeit zu lassen, den aufgehäuften Stickstoff wieder auszuscheiden.

Herr Senator glaubt, dass nach den Untersuchungen von Arbutinsky in Pflüger's Laboratorium die Stickstoffausscheidung durch den Schweiss eine nicht zu vernachlässigende Grösse erreichen kann und dass bei genauen Stickstoffbestimmungen dieselbe nicht unbeachtet gelassen werden darf. Ich neige der Ansicht zu, dass die Niere bei der parenchymatösen Nephritis eher functionsunfähig wird, als bei der interstitiellen, daraus würde folgen, dass die Niere, wenn sie zeitweise insufficient ist, wie Herr Baginsky soeben vorschlug, erleichtert wird.

Um das festzustellen, braucht man keine genauen Stickstoffuntersuchungen; sinkt die Harnmenge, ist sie stark mit morphotischen Elementen durchsetzt, so kann man annehmen, dass die Niere mehr weniger insufficient, und in Folge dessen geschont werden muss. Ich stimme mit Herrn v. Noorden überein, wenn er sagt, wir müssen den Körper unterstützen; man kann aber von dem Grundsatz ausgehen, bei Erkrankung eines lebenswichtigen Organs dieses zuerst zu heilen, der Körper wird dann schon nachkommen. Herr v. Noor-

den legt Gewicht auf eine gewisse reichliche Zufuhr von Eiweiss, um die Energie der Zellthätigkeit zu heben. Das ist nicht immer recht. Wenn wir Eiweiss ansetzen wollen, und dabei gewinnt der Körper und seine Zellthätigkeit, dann führen wir Kohlehydrate und Fett zu, bei ersteren kommt noch in Betracht, dass sie Eiweiss schonen, und ich weiss nicht, ob das neu zugeführte Eiweiss mehr werth ist, als das weniger zusammengeschmolzene. Das sind theoretische Erwägungen, die, wie ich glaube, auch begründet sind. Jedenfalls können wir schliessen, dass die Niere zeitweise leistungsunfähig ist. Dem Schlusssatz des Herrn v. Noorden kann ich nicht ganz zustimmen, deshalb nicht, weil in der gewöhnlichen Nahrung Eiweiss in einer der Niere schädlichen Form vorhanden ist. Z. B. rohe Eier sind entschieden schädlich, sie können selbst bei gesunden Menschen Albuminurie verursachen. Deshalb müssen sie aus dem Speisezettel Nierenkranker verbannt werden. Die verschiedenen Fleischsorten sind auch verschieden schädlich, sie enthalten die Extractivstoffe, von denen nachgewiesen ist, dass sie, in's Blut gespritzt, Nierenentzündungen verursachen können. Was aber in grosser Menge bei Gesunden schädlich sein kann, kann in geringerer Menge Kranken entschieden schaden. Deshalb soll man geräucherte und gepökelte Fleischsorten vermeiden. Dasselbe gilt von anderen Nahrungsmitteln, wenn sie auch nicht so schädlich sind, wie ältere Fleischsorten, Käse. Der Typus einer nicht reizenden Diät ist die Milch, die sich stets bewährt hat. Es hat sich auch herausgestellt, dass die Niere den Stickstoff aus der Milch besser ausscheidet, als aus anderen Nahrungsmitteln. Ich glaube, dass es daran liegt, dass, wenn die Stoffwechselproducte der Milch durch die Niere gehen, sie nicht von reizenden Extractivstoffen begleitet sind. Man braucht allerdings nicht so weit zu gehen, die Milch als einzig gültiges Nahrungsmittel für Nierenkranke zu geben.

Herr Leyden ist ebenfalls für eine mässige Eiweisskost bei Nierenkranken.

Herr v. Noorden warnt davor, die Jodkaliausscheidung mit der des Stickstoffs zu vergleichen. Versuche in der Giessener Klinik zeigten, dass Jodkali lange zurückgehalten wurde, während die Stickstoffausscheidung wie beim Gesunden stattfand. Annähernde Resultate wie Arbutinsky habe ich trotz 10—12 sorgfältig angestellter Versuche nie erhalten. Für eine zeitweise Zurückhaltung der Eiweisszufuhr bin ich auch. Dass man durch eiweissarme Kost direct der kranken Niere nützt und sie gesund macht, habe ich nie gefunden. Nach meinen Untersuchungen werden die Extractivstoffe sehr gut ausgeschieden; dass dieselben bei Nierenkranken vermindert sein sollen, ist nur scheinbar, weil man mit den alten Methoden die Harnsäure schlecht nachweisen konnte; wenn auch beim Nierenkranken der Harnstoff vermindert ist, die Harnsäure ist es selten.

Aerztlicher Verein in Hamburg.

(Originalbericht.)

Sitzung vom 17. Mai 1892.

Vorsitzender: Herr Schede.

(Schluss.)

Herr **Thost: Die Behandlung der Larynxstenosen bei Kindern.**

Im Allgemeinen räth Vortragender, bei Tracheotomien wegen Croup und Diphtherie die Canüle am 3. und 5. Tage versuchsweise zu entfernen, um den Gefahren von Granulationsstenosen zu entgehen. Meist wird dieser Versuch auch gelingen, ebenso bei Tracheotomien wegen Fremdkörpern im Larynx, während bei den Tracheotomien nach Typhus, Papillomen im Larynx und nach Verbrennungen das Decanulement nicht so schnell gelingt. Als Versuchsprobe gilt das Experiment, ob Patient bei verstopfter Canüle ein Licht ausblasen kann.

Die Gründe, warum die Entfernung der Canüle nicht gelingt, sind zahlreich. Man hat deren bis zu 12 aufgezählt. Eine genaue Untersuchung wird meist die Ursache erkennen lassen. Zur Untersuchung von der Trachealfistel aus empfiehlt Vortragender die Einführung des bekannten Zaufal'schen Ohrtrichters, der sich ihm sehr bewährt hat. Als häufigste Ursachen für schwieriges Decanulement gelten a) die Granulationsstenosen, b) die Narbenstenosen.

ad a) demonstrirt Vortragender einen Durchschnitt durch einen Larynx nebst Trachea nach Luschka, um die Bildung der Granulationen zu erklären. Sie entwickeln sich in den von der runden Trachealcanüle nicht ausgefüllten Ecken der ovalär gestalteten Wunde und können so später nach Entfernung der Canüle Stenosenerscheinungen machen. Gersuny wollte diesem Uebelstande durch seine Canüle mit ovalem Querschnitt und nach unten sich ergänzendem Rohr abhelfen.

ad b) schildert Vortragender ebenfalls an einem Durchschnittsbild die anatomischen Verhältnisse. Die Behandlung der Narbenstenose durch Laryngofissur ist nutzlos. Hier hilft nur die mechanische Dilatation mit Bolzen, die längere Zeit fortgesetzt werden muss und die Vortragender früher bereits demonstrirt hat. Zur Beseitigung der oft starken und lästigen Secretion haben sich Th. Einpulverungen von Aristol bestens bewährt. Ob die O'Dwyer'sche Intubation bei diesen Stenosen Nutzen schaffen kann, lässt Vortragender dahingestellt. Er selbst hat nicht viel Erfolge damit erzielt.

Discussion: Herr Fränkel erwähnt unter den Ursachen einer Larynxstenose noch die Masern. Es kommt dabei zu Perichondritis und Nekrose der Giessbeckenknorpel, wie nach Typhus, und weiter zu Glottisverschluss. Die Bedeutung der Granulationen für Erschwerung des Decanulements nach Diphtherie oder Croup vermag Fr. nicht zu bestätigen. Unter über 1000 Sectionen tracheotomirter Kinder hat er solche stenosirenden Granulationen niemals beobachtet. Dagegen constatirte er öfters im Musculus aryt. post. fettige Degeneration, die wohl eine Beeinträchtigung der Kehlkopferweiterung veranlassen und erklären könnte. Andererseits fand Fr. Granulationen in der Trachea, die intra vitam keinerlei Stenosenerscheinungen gemacht hatten. Im Allgemeinen möchte Fr. die Respirationshindernisse nach der Tracheotomie in 3 Gruppen theilen, je nachdem sie über der Trachealwunde, in derselben oder unter derselben ihren Sitz haben. Eine genaue Diagnose dieses Sitzes intra vitam zu stellen, hält Fr. nicht immer für möglich. Jaffé.

Jahresbericht des ärztlichen Bezirksvereins für Südfranken pro 1891.

Versammlungen wurden in jedem Monat abgehalten und zwar 10 Abendversammlungen und 2 Tagesversammlungen wie bisher im Mai und October. Diese Zusammenkünfte waren sehr gut besucht und boten eine Fülle von Anregung durch zahlreiche Mittheilungen aus der ärztlichen Thätigkeit oder über Standesfragen, auch durch grössere Vorträge.

In der Mai-Tagesversammlung wurde das 25jährige Stiftungsfest des Vereines gefeiert, wozu als Gäste erschienen waren die Herren Geheimrath Dr. v. Kerschensteiner, Medicinalrath Dr. Aub, Prof. Dr. Frommel, Privatdocent Dr. Graser, Dr. v. Forster und von früheren Mitgliedern Bruglocher, Kalb, Kähn, Müller, Thenn. Der Vorsitzende Lochner hielt die Festrede mit einem Rückblick auf die Geschichte des Vereines. Herr Geheimrath Dr. v. Kerschensteiner übergab dem Vorsitzenden Lochner das Decret seiner Ernennung zum Medicinalrath. Vorträge hielten Mehler-Georgensgemünd über Aetiologie und Therapie des Sarkoms, Dörfler-Weissenburg über die Stellung der Aerzte zu den Krankenkassen. In der October-Tagesversammlung sprachen Raab-Roth über die Indicationen zur operativen Behandlung der Perityphlitis und Mehler-Georgensgemünd über die Aseptik in der Privatpraxis mit Demonstration eines von ihm erfundenen Dampf-Sterilisirungsapparates für praktische Aerzte. Lochner-Schwabach besprach sein Referat für die Aerztekammer über Portofreiheit für die Zählblättchen; Eidam-Gunzenhausen das seinige über Zuziehung von Aerzten zu den Krankenkassenvorständen.

Die 10 Abendversammlungen, welche abwechselnd in Gunzenhausen, Pleinfeld, Treuchtlingen, Wassertrüdingen und Weissenburg stattfanden, waren sehr gut besucht und Mittheilungen aus der Praxis, sowie anregenden wissenschaftlichen Discussionen gewidmet. In einer derselben war Herr Privatdocent Dr. Graser-Erlangen so gütig, einen Vortrag über Schädelverletzung und Hirnchirurgie zu halten. Grössere Discussionen fanden unter anderen statt: Ueber complicirte Fracturen (Dörfler-Weissenburg, Heckel-Triesdorf, Eidam-Gunzenhausen, Bischoff-Wassertrüdingen), über das Diuretin (Dörfler, Lochner, Heckel, Braun-Weissenburg), über elektrische Behandlung der Obstipatio habitualis (Lochner, Dörfler, Heckel), über Abreissen des Kopfes bei Extraction todtfauler Kinder (Eidam, Dietsch-Dinkelsbühl, Besold-Oettingen, Dörfler), über Kniescheibenbruch (Lochner, Weiss-Treuchtlingen, Mehler, Bischoff-Gunzenhausen, Bischoff-Wassertrüdingen), über Magenektasie (Günther-Hilpoltstein, Eidam, Raab, Dörfler), über Tuberculin-Injectionen (Lochner, Mehler, Heinrich-Weiltingen), über ärztliche Gutachten an Berufsgenossenschaften nach vorhergegangener Behandlung durch Pfuscher (Braun, Lochner, Mehler, Eidam, Bischoff-Wassertrüdingen).

Von den Mittheilungen aus der Praxis seien die folgenden in Kürze erwähnt:

Bischoff-Wassertrüdingen (jetzt praktischer Arzt in Erlangen): Ueber den heilenden Einfluss von Jod bei kalten Abscessen (tubercul. Wirbelcaries). — Fall von typhusähnlicher Pneumonie mit hochgradiger Milzschwellung. — Eigenthümlicher Fall von Tuberculose des Fussgelenkes.

Bischoff-Gunzenhausen: Herniotomie, Darmruptur, Naht, Tod nach 3 Tagen an innerer Einklemmung durch ein Pseudoligament.

Braun-Weissenburg: Erfahrungen über Dermatol.

Diem-Thalmässing: Incision einer eitrigen Kniegelenkentzündung in Chloroformnarkose, 10 Minuten darnach plötzlicher Tod.

Dietsch-Dinkelsbühl: Sägeverletzung der Hand; trotz Durch-

trennung der Mittelhandknochen, der Streck- und Beugesehnen günstige Heilung ohne Sehnennaht, nur Mittelfinger blieb steif. — Ein grosser Meyer'scher Ring Geburtshinderniss und Ursache von Tod durch Sepsis.

Dörfler-Weissenburg: Schädelverletzung nach einem Fall auf den Kopf, Trepanation mit dem Meissel, Tod nach 5 Stunden. — Allgemeine Pyaemie nach kleiner Daumenverletzung, Tod. — Herniotomie, rechtsseitige Schenkelhernie, Darm trotz verdächtigen Aussehens reponirt, Tod am 6. Tag vermuthlich durch Darmperforation und septische Peritonitis. — Glottisödem nach Phlegmone im Halsbindegewebe, Tracheotomie, Wiederbelebung nicht möglich. — Eröffnung eines grossen extraperitonealen pyämischen Abscesses in der Lendengegend, Heilung. — Ueber Injectionen von Jodoformglycerin bei tuberculösen Abscessen. — Tracheotomie wegen diphtheritischer Stenose, Heilung. — Spaltung eines grossen peritonitischen Abscesses nach allgemeiner, durch Koprostase bedingter Peritonitis, Heilung. — Ueber Aethernarkose bei Bruns-Tübingen.

Eidam-Gunzenhausen: Herniotomie, Heilung. — Operation einer eingeklemmten Schenkelhernie, trotzdem Fortdauer des Erbrechens, daher am 6. Tag Laparotomie, Abknickung des Darmes nahe an der Bauhini'schen Klappe durch sichelförmiges Pseudoligament, Tod an Erschöpfung nach 11 Stunden. — Seltener Fall von Lochiometra. — Luetische Rückenmarkaffection mit Paraplegie, Heilung. — Schwierige Extraction des abgerissenen Kopfes eines todtfaulen Kindes im 6. Monate.

Günther-Hilpoltstein: Günstige Operation einer eingeklemmten grossen Nabelhernie.

Hartmann-Heidenheim: Injectionen von cantharidinsaurem Kali bei Kehlkopftuberculose.

Heckel-Triesdorf: Ueber Krankenkassenverhältnisse im Bezirksamt Feuchtwangen.

Lochner-Schwabach: Tuberculöse Lendenwirbelcaries, Tuberculininjectionen. — Herniotomie. Schnitt in den Darm, Naht, Tod am 2. Tag an Peritonitis. — Erfahrungen über Tuberculininjectionen. — Ueber mehrere plötzliche Todesfälle, Sectionsberichte. — Fall von Serratuslähmung nach Muskel- und Gelenkrheumatismus.

Mehler-Georgensgemünd: Laparotomie bei Carcinom der hinteren Uteruswand, Wunde verheilte, Abdominalexsudat darnach noch öfters durch Punction entleert. — Ueber Jodkalibehandlung von Sarkomen.

Meier-Weissenburg: Empyemoperation, Heilung.

Raab-Roth: Fall von Rheumatismus nodosus.

Weinig-Schwabach: Resection der Thoraxwand bei tuberculösem Empyem. — Enterotomie wegen Darmstenose durch Koprostase am 6. Tag, Tod nach 7 Stunden. — Tracheotomie wegen Stenose durch Verschlucken einer Kaffeebohne, Heilung.

Weiss-Treuchtlingen: Zwei Fälle von Lähmung der Kehlkopfmuskeln.

Aus Anlass des 25jährigen Jubiläums des Invalidenvereins wurden demselben vom Verein 300 Mark als Geschenk übermacht.

Die Zahl der Mitglieder betrug 41; Vorsitzender: Lochner-Schwabach. Schriftführer: Eidam-Gunzenhausen. Cassier: Bischoff-Wassertrüdingen.

Gunzenhausen, im Mai 1892. Dr. Eidam.

Verschiedenes.

(Die Behandlung der Unterleibsbrüche mit subcutanen Alkoholinjectionen,) welche bekanntlich im Jahre 1882 von Schwalbe eingeführt worden ist, hat in neuerer Zeit in A. Schmidt-Leipzig einen warmen Fürsprecher gefunden (Deutsche Zeitschrift für Chir., Festschr. f. Thiersch, Bd. 34). Derselbe hat seiner Zeit in der Leipziger Klinik 10 in dieser Weise behandelte Fälle beobachtet, und er berichtet jetzt über weitere 9 Fälle und zwar über 5 Nabelbrüche, einen Bauchwandbruch und 3 Leistenbrüche. Von den 9 Kranken sind 7 vollständig geheilt und bis jetzt geheilt geblieben, Resultate, die gewiss zu einer weiteren Prüfung des Verfahrens auffordern.

Die Behandlungsmethode erfordert allerdings grosse Ausdauer sowohl von Seiten des Arztes wie der Kranken. Die Injectionen müssen unter sorgfältigster Beobachtung der Asepsis vorgenommen werden. Nachdem der Bruch reponirt ist, wird der Zeigefinger der linken Hand in den Bruchring gelegt, und die möglichst scharfe Injectionsnadel unter Leitung des Fingers eingestochen und bis an die Stelle, wo man den Alkohol hinbringen will, vorgeschoben. Jetzt muss man zunächst einige Zeit beobachten, ob kein Blut aus der Nadel fliesst, um sicher zu sein, dass kein Blutgefäss angestochen ist. Darnach wird die 5 ccm haltende Spritze angesetzt und der Alkohol ganz langsam eingespritzt. Auf die Nabelbrüche kommt nach der Injection ein Heftpflasterverband, Kranke mit Leistenbrüchen müssen die erstere Zeit der Cur (3—4 Wochen) im Bette durchmachen; das Tragen eines Bruchbandes nach den Injectionen wird von S. verworfen. Die Stärke des einzuspritzenden Alkohols sei im Anfang 50 Proc. und steige bis auf höchstens 80 Proc., die Menge betrage bei Kindern 1—2 und bei Erwachsenen höchstens 5 ccm. In den ersten Tagen kann man täglich injiciren, später macht man längere Pausen.

Unglückliche Zufälle kommen bei den Injectionen kaum vor. Ab und zu passirt es, dass man den Alkohol in die Peritonealhöhle spritzt, ein Zufall, der sich durch heftige Schmerzen anzeigt, aber ohne weitere Störungen in wenigen Stunden abläuft. Kr.

(Ueber die Wirkung des Tuberculinum Kochii bei Lupus) berichtet im 23. Heft der Münchener medicinischen Abhandlungen Port auf Grund der Erfahrungen an der Angerer'schen Klinik. Die Arbeit gründet sich auf die Beobachtungen an 17 Kranken und stellt in übersichtlicher Weise all die merkwürdigen Erscheinungen der allgemeinen und localen Reaction zusammen, die im Wesentlichen mit den Jedem aus der Tuberculinzeit geläufigen Erscheinungen übereinstimmen. In therapeutischer Beziehung schliesst sich P. dem allgemeinen ungünstigen Urtheil an: bei allen Fällen zunächst Besserung, jedoch schon innerhalb der nächsten 3 Monate Recidiv. Nur bei einem Kranken hielt die Besserung noch nach der Entlassung an, auch war nach 5 Monaten noch kein erneutes Auftreten von Lupus zu bemerken. Kr.

(Bei Stauungsödemen) empfiehlt Comby (Méd. mod. No. 20) als Diureticum und zugleich Purgans von ausgezeichneter Wirksamkeit folgende Pillen:

Rp. Pulv. Scill.
Pulv. Digit.
Pulv. Scammon āā 0,5
F. l. a. pilul. N. 10. S. 3—5 Stück tgl. z. n.

Tagesgeschichtliche Notizen.

München, 31. Mai. Die neue Krankenpflegeanstalt des bayerischen Frauenvereins vom rothen Kreuz in Neuhausen wurde am 24. ds. feierlich eröffnet. Die nach den neuesten Principien glänzend ausgestattete Anstalt bietet im Frieden für 75 Kranke Raum, im Kriege können 300 verpflegt werden. Die Kosten des Baues belaufen sich auf 1 Million. Die Münchener Krankenanstalten erfahren durch das neue Haus des Frauenvereins eine höchst willkommene Erweiterung, die für die Aerzte der Stadt deshalb noch von besonderer Bedeutung ist, weil denselben frei steht Patienten ihrer Praxis daselbst unterzubringen und zu behandeln.

— Hinsichtlich der Zulassung von Frauen zum Universitätsstudium hat dem Vernehmen nach auch die philosophische Facultät zu Berlin sich schlüssig gemacht und einen ablehnenden Standpunkt eingenommen.

— Der Vorstand der deutschen chemischen Gesellschaft, deren Vorsitzender der vor kurzem verstorbene Geh. Regierungsrath Prof. Dr. Wilhelm v. Hofmann war, hat beschlossen, um das Gedächtniss an den Verstorbenen zu einem dauernden zu machen, in Berlin ein Hofmann-Haus zu errichten (nach dem Vorbilde des Langenbeck-Hauses), welches den verschiedensten Bestrebungen auf dem Gebiete der chemischen Industrie und Wissenschaft zum Mittelpunkte dienen soll.

— Der IV. Internationale Congress gegen den Missbrauch geistiger Getränke wird am 8. September 1892 im Haag abgehalten werden. Denselben betreffende Anfragen sind an Herrn J. W. Koch in Scheveningen zu richten.

— Von deutschen Städten über 40,000 Einwohner hatten in der 19. Jahreswoche, vom 8.—14. Mai 1892, die grösste Sterblichkeit Plauen i. V. mit 33,4, die geringste Sterblichkeit Stuttgart mit 11,3 Todesfällen pro Jahr und 1000 Einwohner. Mehr als ein Zehntel aller Gestorbenen verstarb an Masern in Frankfurt a. M., Metz, Plauen, Remscheid; an Diphtherie und Croup in Duisburg, Frankfurt a. M., Gera, Mainz, Mühlhausen i. E., Potsdam.

— In München wurden in der 20. Jahreswoche, vom 15.—21. Mai 24 Influenza-Erkrankungsfälle von den Aerzten angemeldet (in der Vorwoche 17).

— Die Petitions-Commission des preussischen Abgeordnetenhauses ist am 25. ds. über eine 14000 Unterschriften aufweisende Petition, in welcher das Haus ersucht wird, seinen Einfluss dahin geltend zu machen, dass womöglich in ganz Deutschland, vorzugsweise aber in Preussen die Feuerbestattung facultativ eingeführt werde, mit 11 gegen 5 Stimmen zur Tagesordnung übergegangen.

— Der nächste dreijährige Astley-Cooper-Preis von 100 Pfund ist ausgesetzt für die beste Arbeit über „die anatomische Vertheilung der Lymphgefässe und die bei der Lymphbewegung wirksamen physikalischen Kräfte“. Die Arbeiten müssen, leserlich geschrieben, in englischer Sprache oder unter Hinzufügung einer englischen Uebersetzung spätestens bis zum 1. Januar an die „Physicians and Surgeons of Guy's Hospital“, London eingesandt werden. Jede Arbeit muss ein Motto tragen und von einem versiegelten, Name und Wohnort des Verfassers enthaltenden Couvert begleitet sein. Alle näheren Bedingungen sind zu erfragen durch Dr. Hale White, 65, Harley Street, London W.

— Vom „Jahrbuch für praktische Aerzte“, herausgegeben von Dr. Paul Guttmann (Verlag von A. Hirschwald in Berlin) ist die erste Hälfte des XV. Bandes soeben erschienen.

— Während an kurzen Anleitungen zur Arzneiverordnung nichts weniger als Mangel herrscht, fehlte bisher eine compendiöse Zusammenstellung der wichtigsten Anhaltspunkte und Regeln für die Verordnung diätetischer und ähnlicher Maassnahmen. Diese Lücke füllt das „Aerztliche Hilfsbüchlein für hygienisch-diätetische, hydrotherapeutische, mechanische und andere Verordnungen“ von Dr. Hermann

Schlesinger (Verlag von Joh. Alt in Frankfurt a. M.) aus. Das kleine Buch enthält die nöthigsten Angaben über Nahrungsmittel und deren Zubereitung, über diätetische Präparate, über Diät bei bestimmten Krankheitsformen und bei den wichtigsten diätetischen und Mineralwasser-Curen, ferner Anweisungen zur Durchführung hydro- und balneotherapeutischer Maassnahmen, Vorschriften über Gymnastik, Impfung, Desinfection etc. etc., kurz ein im Verhältniss zum Umfang äusserst reicher Inhalt an thatsächlichem und für die Praxis werthvollem Material. Es ist dem „Hilfsbüchlein", das unter der Mitwirkung Leyden's entstanden und jetzt bereits in 3. Auflage erschienen ist, daher ein grosser Leserkreis zu wünschen.

(Universitäts-Nachrichten.) **Berlin.** Die Leitung des I. chemischen Instituts wurde provisorisch Prof. Dr. Ferdinand Timann übertragen. — **Königsberg i. Pr.** Die Frage der Zulassung von Frauen zu Universitätsstudien beschäftigt aus Anlass eines Ministerialrescripts zur Zeit den Lehrkörper der hiesigen Universität. So viel verlautet, dürften sich die juristische und theologische Fakultät gegenüber dieser Frage ablehnend, die medicinische zustimmend verhalten, während die philosophische getheilter Meinung ist.

Budapest. Der a. o. Professor der Dermatologie, Dr. Schwimmer, wurde zum ord. Professor ernannt. — **New-York.** Prof. Dr. A. A. Smith wurde an Stelle des zurücktretenden Prof. Janeway zum Professor der Medicin an Bellevue Hospital Medical College ernannt; an seine Stelle als Professor der Materia medica tritt Dr. Herm. M. Biggs. — **Rom.** Am 9. August d. J. feiert Dr. Jacob Moleschott, Professor der Physiologie in Rom, seinen 70. Geburtstag. — **Siena.** Dr. G. Sanarelli habilitirte sich als Privatdocent für Hygiene. — **Utrecht.** Dr. Gutteling habilitirte sich als Docent für Dermatologie. — **Wien.** Als Docent für Augenheilkunde habilitirte sich Dr. Stefan Bernheimer, früher Privatdocent und Assistent der ophthalmologischen Klinik in Heidelberg. — **Zürich.** Prof. Dr. Klebs hat die an ihn ergangene Berufung nach Chicago abgelehnt. Derselbe prakticirt vorläufig in Zürich, um im Herbst nach Karlsruhe überzusiedeln.

(Todesfall.) In Budapest starb der ehemalige Professor der Chirurgie und Augenheilkunde zu Klausenburg, Dr. Emil Nagel, 74 Jahre alt.

Personalnachrichten.

Bayern.

Niedergelassen. Josef Welte zu Weisenheim a./S.

Verzogen. Dr. Wilhelm Schanzenbach von München nach Berlin; Dr. L. Görl von München nach Tölz.

Abschied bewilligt. Von der Landwehr 1. Aufgebots dem Stabsarzt Dr. Ludwig Wernz (Ludwigshafen), und dem Assistenzarzt II. Cl. Dr. August Würschmidt (Bayreuth); von der Landwehr 2. Aufgebots dem Stabsarzt Dr. Josef Marx (I. München), dann den Assistenzärzten I. Cl. Dr. Ernst Walther (I. München) und Michael Urlaub (II. München).

Morbiditätsstatistik d. Infectionskrankheiten für München

in der 20. Jahreswoche vom 15. bis 21. Mai 1892.

Betheil. Aerzte 315. — Brechdurchfall 27 (15*), Diphtherie, Croup 39 (31), Erysipelas 18 (19), Intermittens, Neuralgia interm. 1 (3), Kindbettfieber 2 (2), Meningitis cerebrospin. 1 (1), Morbilli 185 (150), Ophthalmo-Blennorrhoea neonatorum 7 (1), Parotitis epidemica 3 (3), Pneumonia crouposa 35 (18), Pyaemie, Septicaemie — (—), Rheumatismus art. ac. 31 (29), Ruhr (dysenteria) — (—), Scarlatina 16 (11), Tussis convulsiva 24 (24), Typhus abdominalis 2 (—), Varicellen 12 (12), Variola — (—). Summa 403 (310). Medicinalrath Dr. Aub.

Uebersicht der Sterbfälle in München

während der 20. Jahreswoche vom 15. bis 21. Mai 1892.

Bevölkerungszahl 366,000.

Todesursachen: Pocken — (—*), Masern 10 (6), Scharlach 3 (—), Rothlauf — (—), Diphtherie und Croup 2 (2), Keuchhusten 5 (—), Unterleibstyphus — (—), Brechdurchfall 5 (1), Ruhr — (—), Kindbettfieber — (—), Croupöse Lungenentzündung 6 (3), Genickkrampf 1 (1), Blutvergiftung 2 (—), Acut. Gelenkrheumatismus — (—), andere übertragbare Krankheiten 1 (4).

Die Gesammtzahl der Sterbefälle 203 (181), der Tagesdurchschnitt 29,0 (25.9). Verhältnisszahl auf das Jahr und 1000 Einwohner im Allgemeinen 28.6 (25.7), für die über dem 1. Lebensjahre stehende Bevölkerung 17.0 (16.8), für die über dem 5. Lebensjahre stehende 13.6 (14.7).

*) Die eingeklammerten Zahlen bedeuten die Fälle der Vorwoche.

Literatur.

(Bei der Redaction zur Recension eingegangen.)

Klaussner. Verbandlehre. M. 123 Abb. München, Rieger, 1892. Geb. M. 5.—.

Magnan, Psychiatrische Vorlesungen. II. u. III. Heft. Deutsch v. Möbius. Lpz., Thieme, 1892. M. 2.50.

Sachs, D. Hinterhauptlappen d. menschl. Grosshirns. Lpz., Thieme 1892. M. 5.—.

Abbe, Rob., Intestinal Anastomosis and Suturing. S.-A. aus Medical Record, 2 Apr. 1892, New-York. 1892.

Drasche-Weichselbaum, Vorläufiger Bericht über die Miliaria-Epidemie im Bezirk Gurkfeld in Krain, Oesterr. Sanitätswesen, Beil. zu No. 19, 12. Mai 1892.

Abbe, Rob., Cases of Gall-Bladder Surgery. N. Y. Med. Journ. 92.,

Brik, Vorlesungen über Krankheiten der Harnorgane v. Ultzmann, 5. Heft. Wien-Leipzig, Breitenstein, 1892.

Morbiditätsstatistik der Infectionskrankheiten in Bayern: März[1]) und April 1892.

Regierungsbezirke bezw. Städte über 30000 Einwohner	Brechdurchfall		Diphtherie, Croup		Erysipelas		Intermittens, Neuralgia int.		Kindbettfieber		Meningitis cerebrospin.		Morbilli		Ophthalmo-Blennorrh. neonator.		Parotitis epidemica		Pneumonia crouposa		Pyaemie, Septicaemie		Rheumatismus art. ac.		Ruhr (dysenteria)		Scarlatina		Tussis convulsiva		Typhus abdominalis		Varicellen		Variola, Variolois		Zahl der Aerzte überhaupt	Zahl der betheilig. Aerzte
	Mrz	A.	M.	A.	M.	A.	M.	A.	M.	A.	M.	A.	M.	A.	M.	A.	M.	A.	M.	A.	M.	A.	M.	A.	M.	A.	M.	Apr.	M.	A.	M.	A.	M.	A.	M.	A		Apr.
Oberbayern	145	202	426	331	132	128	50	41	18	15	11	12	603	851	52	39	55	59	609	524	13	10	222	275	1	—	87	151	300	273	9	9	92	61	—	5	652	482
Niederbay.	73	70	125	93	56	44	40	44	20	22	9	1	22	26	8	3	9	8	310	255	2	1	111	117	—	4	50	79	63	49	13	19	9	6	—	2	159	83
Pfalz	26	32	182	171	50	57	18	23	14	7	—	—	257	249	2	—	2	13	408	383	1	3	71	69	1	—	20	21	77	61	27	42	19	32	1	—	221	111
Oberpfalz	23	27	54	44	21	23	37	37	8	3	—	—	55	32	1	2	16	7	209	252	1	1	55	37	—	1	10	2	70	46	9	5	19	11	—	—	119	56
Oberfrank.	25	46	108	129	46	48	15	9	2	3	6	5	20	69	2	1	25	21	283	317	2	—	55	59	—	2	45	56	69	51	7	4	22	9	—	—	164	99
Mittelfrk.	37	52	273	162	84	60	33	10	5	6	7	1	364	156	8	6	188	65	511	381	4	1	161	104	1	2	63	52	111	32	4	5	84	27	—	—	274	111
Unterfrank.	20	28	186	152	53	49	12	8	6	4	4	4	14	33	1	—	9	3	341	321	1	3	49	65	—	2	48	37	103	71	17	10	39	31	—	—	258	119
Schwaben	41	79	185	152	65	71	30	14	9	11	3	10	20	30	4	7	6	5	303	263	7	4	106	120	—	—	45	49	127	129	17	19	5	23	—	—	253	117
Summe	390	536	1539	1234	507	480	235	186	82	71	40	33	1355	1446	78	58	310	181	2974	2696	31	23	830	846	3	11	368	450	920	715	103	113	289	200	1	7	2100	1178 [2])
Augsburg	1	1	6	5	6	3	2	—	—	—	1	—	7	3	2	—	3	—	15	3	—	—	16	15	—	—	1	4	—	1	—	—	—	3	—	—	55	5
Bamberg	2	6	25	32	8	10	3	4	—	—	2	1	—	1	1	1	2	—	9	14	—	—	8	9	—	2	7	10	1	13	3	—	3	—	—	—	32	16
Fürth	8	6	25	24	3	6	3	2	—	—	1	1	—	—	1	2	57	41	29	52	—	—	14	11	—	—	4	1	15	6	—	3	4	8	—	—	24	8
Kaiserslaut.	7	2	29	20	4	4	—	2	1	—	—	—	1	2	—	—	—	—	44	11	—	—	3	3	—	—	5	1	2	—	—	—	6	5	—	—	15	9
München [3])	49	61	215	154	56	55	15	1	7	3	4	3	575	671	34	26	20	27	187	146	2	2	106	121	—	—	49	70	190	110	7	3	65	40	—	5	379	145
Nürnberg [4])	8	.	80	.	28	.	14	.	3	.	4	.	169	.	—	.	121	.	86	.	—	.	52	.	—	.	27	.	60	.	—	.	57	.	—	.	91	.
Regensbg. [5])	.	2	.	—	.	—	.	—	.	—	.	—	.	3	.	—	.	2	.	—	—	—	.	—	.	—	.	—	.	—	.	—	.	—	—	—	32	1
Würzburg	9	9	40	31	6	8	5	2	—	—	1	1	—	2	—	—	—	—	32	38	—	1	10	4	—	—	23	23	20	14	6	2	16	13	—	—	72	24

Bevölkerungszahlen: Oberbayern 1,003,160. Niederbayern 664,798. Pfalz 728,339. Oberpfalz 537,954. Oberfranken 573,320. Mittelfranken 700,606. Unterfranken 618,489. Schwaben 668,316. — Augsburg 75,629. Bamberg 35,815. Fürth 43,206. Kaiserslautern 37,047. München 349,024. Nürnberg 142,590. Regensburg (mit Stadtamhof) 41616. Würzburg 61,039.

[1]) Einschliesslich einiger seit der letzten Veröffentlichung (Nr. 18) eingelaufener Nachträge. [2]) Im Monat März einschl. der Nachträge 1281. [3]) 9.—13. bzw. 14.—17. Jahreswoche. — [4]) Die Sammelkarte für Stadt Nürnberg fehlt, [5]) desgl. für Stadt Regensburg. Ferner sind noch ausständig die Karten aus den Bezirksämtern München I, Landau a. Is., Neustadt a. A. und Alzenau.

Höhere Erkrankungszahlen (ausser in obigen fünf Städten) wurden gemeldet aus folgenden Aemtern bezw. Orten. Morbilli: Pförring (Bez.-Amt Ingolstadt) 143, Bez.-Amt Ludwigshafen 215, Roth und Umgebung (Bez.-Amt Schwabach) 85 Fälle. — Scarlatina: epidemisch in je 1 Ort der Aemter Schrobenhausen, Traunstein und Teuschnitz. — Pneumonia croup.: Bez.-Amt München II 61, hiervon in Seefeld 29, Bez.-Amt Brückenau 46 Fälle. — Tuss. convuls.: Tittmoning (Bez.-Amt Laufen) 58 Fälle. — Typh. abdom.: Bez.-Amt Homburg 12 Fälle. — Variola: Bez.-Amt Grafenau 2 Fälle.

Ueber Influenza liegen nur mehr wenige Zahlenangaben vor: Aemter Altötting 60, Landsberg 55, Schongau 46, Traunstein 31, Vilsbiburg 21, Ludwigshafen a. Rh. 42, Ansbach 28, Hersbruck 26, Fürth 88, Günzburg 57, Mindelheim 36 Fälle, ausserdem sporadisches Auftreten in verschiedenen Kreisen.

☛ Portofreie Postkartenformulare für vorliegende Statistik sind durch die zuständigen Herren k. Bezirksärzte zu erhalten. Im Interesse der vorliegenden Statistik wird um rechtzeitige und regelmässige Einsendung dringendst ersucht.

Verlag von J. F. Lehmann in München. — Druck der Akademischen Buchdruckerei von F. Straub in München.